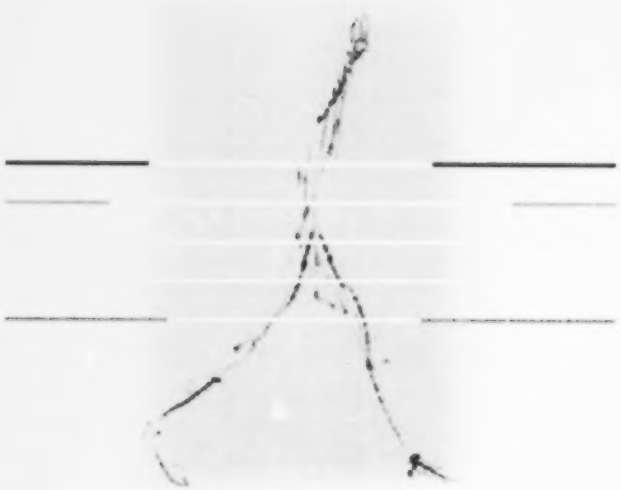
Les orientations régionales
en santé mentale



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

L'appellation région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec désigne les deux régions administratives 04 et 17.

Conception et mise en page : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (18-11-99)

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.
Ce document est disponible sur le site WEB de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Certaines phrases et parties de texte ont été tirées intégralement des ouvrages de références cités dans la bibliographie. Dans le but de transmettre des informations justes, de faciliter la rédaction et de pas alourdir le présent rapport, aucune citation intégrale n'a été indiquée.

Image de la couverture : **Alberto Giacometti** , L'homme qui marche

Dépôt légal – 4e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89390-037-X

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Extrait de procès-verbal

73e assemblée du conseil d'administration
Date : 12 octobre 1999
Article CARR-73-04
Résolution CARR-99-54

RÉSOLUTION à l'effet d'adopter les orientations régionales en santé mentale pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CONSIDÉRANT le mandat confié à la Régie régionale par le Ministère de mettre en place dans la région le plan d'action pour la transformation des services en santé mentale;

CONSIDÉRANT l'importance de mieux soutenir les personnes vivant une problématique en santé mentale;

CONSIDÉRANT les orientations ministérielles dans le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (1998);

CONSIDÉRANT les orientations ministérielles dans la Stratégie québécoise d'action face au suicide (1998);

CONSIDÉRANT les orientations ministérielles dans L'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches (1996);

CONSIDÉRANT le dépôt au comité de pilotage stratégique en santé mentale des rapports des cinq groupes de travail dont les réunions se sont tenues en novembre et décembre 1998;

CONSIDÉRANT les 49 avis écrits reçus lors de la consultation publique tenue du 9 mars au 26 avril 1999;

CONSIDÉRANT les travaux du comité de pilotage stratégique en santé mentale concernant les 14 orientations, les 47 objectifs et les 129 mesures contenus dans le document déposé à la présente assemblée;

106-04085/

CONSIDÉRANT la volonté de l'ensemble des partenaires d'avoir une organisation de services efficace et efficiente en santé mentale;

CONSIDÉRANT l'analyse faite par le conseil d'administration à la présente assemblée,

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter les orientations régionales en santé mentale.

ADOPTÉE À LA MAJORITÉ

Le Secrétaire,

COPIE CONFORME
Fait à Trois-Rivières
Le 13 octobre 1999

Michèle Laroche
Directrice générale

Liste des collaborateurs

- **Comité de pilotage stratégique sur l'organisation des services de santé mentale**

Monsieur Claude Blais, directeur général, Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Docteur Michel Gervais, psychiatre, Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Monsieur Donat Gingras, directeur général, CLSC Vallée de la Batiscan
Monsieur Pierre Levasseur, directeur général, Hôpital Sainte-Croix
Madame Danièle Sieffert, coordonnatrice, R.O.B.S.M.

- **Équipe de la Régie régionale**

Monsieur Yves Gaudet, agent de planification et de programmation
Madame Miriam Hayes, agente de planification et de programmation
Monsieur Marc Lacour, directeur du Groupe santé sociale
Monsieur Richard Langlois, médecin-conseil
Madame Sylvie Lemay, agente de planification et de programmation
Madame Johanne Sylvain, agente de planification et de programmation socio-sanitaire

- **Soutien aux travaux**

Madame Doris Béliveau, secrétaire
Madame Thérèse Brunelle, secrétaire
Madame Doris Desmeules, secrétaire
Madame Martine Fréchette, conseillère en promotion de la santé
Madame Carole Germain, secrétaire de direction
Monsieur Marc Nolin, conseiller en promotion de la santé
Monsieur Serge Poulin, agent de planification et programmation

Les groupes de travail

- **Enfants et adolescents qui vivent des problèmes de santé mentale**

Madame Chantal Boisvert	Commission scolaire des Chênes
Madame Marie-Claude Bourassa	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Micheline Gauthier	Association régionale des familles d'accueil à l'enfance
Monsieur Jean Huot	Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Madame Nicole Labbé	CLSC-CHSLD Les Blés d'Or
Monsieur Henri-Paul Labonté	L'Entrain
Madame Jocelyne Moreau	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Docteur Johanne Piché	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Suzanne Ruel	Hôpital Sainte-Croix
Madame Nathalie Tremblay	Parents partenaires

- **Troubles sévères et persistants**

Monsieur Denis Alie	Les Ateliers du Second Souffle
Madame Pierrette Bisson	A.P.A.M.E.
Madame Sylvie Brunelle	L'Entracte
Monsieur Guy Châteauneuf	Le Tremplin
Madame Andrée Deblois	Représentante usager
Madame Lise Gélinas	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Monsieur Michel Gilbert	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Docteur Luc Gilbert	Hôpital Sainte-Croix
Madame Liette Lafontaine	Résidence d'accueil (représentante)
Monsieur Alain Paquin	A.R.I.H.Q.
Madame Nicole G.Peacock	O.P.H.Q.
Madame Line Routhier	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Monsieur Yvon Roy	CLSC Suzor-Côté
Monsieur Michel Simard	A.Q.R.P.

- **Troubles transitoires et santé mentale menacée**

Madame Maryse Blouin	La Rûche Aire ouverte
Madame Guylaine Boislard	Représentante usager
Monsieur Mario Bourdon	RSSS de la MRC de Maskinongé
Madame France Brisson	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Brigitte Côté	CLSC Drummond
Madame Françoise Dorval	La Lanterne
Docteur Robert Gervais	Centre médical St-François
Madame Diane Jean	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Carolle Lacombe	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Louise Lauzière	Maison des femmes de Victoriaville
Madame Nicole Tourigny	Le Tremplin

- **La clientèle suicidaire et les proches**

Monsieur Gilles Gignac	CLSC Vallée de la Batiscan
Monsieur Paul Langevin	Service de Prévention suicide Trois-Rivières
Monsieur René Leblanc	Hôtel-Dieu-d'Arthabaska
Madame Madeleine Rioux	CLSC-CHSLD Les Blés d'Or
Monsieur Michel Tomassin	Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Madame Diane Tourigny	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Madame Paula Vachon	Réseau de prévention suicide des Bois-Francs

- **L'autisme et les autres troubles envahissants du développement**

Madame France Auger	CLSC Suzor-Côté
Madame Louise Beaurivage	O.P.H.Q.
Madame Denise Bédard	Milieu scolaire
Madame Lucie Bouchard	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Madame Marguerite Bourgeois	Centre de stimulation L'Envol
Madame Thérèse Bourque	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Carole Brouillette	Centre de la Petite enfance
Madame Linda Croteau	Les Centres jeunesse – Pavillon Laforest
Monsieur Michel Francoeur	Autisme-Mauricie
Docteur Mario Morency	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Madame Sylvie Paquin	Milieu scolaire
Monsieur Yvan Prince	C.S.D.I.
Monsieur Jean-Pierre Racette	Centre de réadaptation InterVal

Liste des acronymes utilisés dans ce document

AQRP	Association québécoise de réadaptation psychosociale
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
AVQ	Activité de la vie quotidienne
AVD	Activité de la vie domestique
CH	Centre hospitalier
CHCM	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIC	Centre d'intégration communautaire
CIM	Classification internationale des maladies
CJ	Centres jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PACT	Program of assertive community treatment
PROS	Programme régional d'organisation de services
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PSI	Plan de services individualisés
RARA	Regroupement des associations des résidences d'accueil
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
ROBSM	Regroupement des organismes de base en santé mentale
RRSSS	Regroupement de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRAADD	Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale
TEACCH	Treatment and education of autistic and related communication handicapped children
TED	Troubles envahissants du développement
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

Table des matières

Liste des collaborateurs ____ *5*

Les groupes de travail ____ *6*

Liste des acronymes utilisés dans ce document ____ *8*

Préambule ____ *11*

Introduction ____ *15*

PARTIE 1: ORIENTATIONS RÉGIONALES

Chapitre 1 : Promotion/Prévention ____ *21*

Chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise ____ *31*

Chapitre 3 : Enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux ____ *39*

Chapitre 4 : Adultes présentant des troubles mentaux graves ____ *51*

Chapitre 5 : Personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée ____ *69*

Chapitre 6 : Clientèle suicidaire ____ *77*

Chapitre 7 : Les personnes présentant des problématiques multiples ____ *85*

Chapitre 8 : Personnes âgées présentant des troubles mentaux ____ *91*

Chapitre 9 : Personnes présentant des troubles envahissants du développement ____ *93*

Chapitre 10 : Réseau résidentiel ____ *105*

Chapitre 11: Organisation médicale ____ *109*

Chapitre 12 : Recherche et évaluation ____ *113*

PARTIE 2: CONDITIONS DE RÉUSSITE

Chapitre 13: Mécanismes de transition ____ *119*

Chapitre 14 : Planification budgétaire de la gamme de servicess en santé mentale ____ *123*

Chapitre 15 : Concertation et formation continue ____ *125*

PARTIE 3 LA MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS RÉGIONALES

Chapitre 16 : Un leadership clair de la Régie régionale ____ *129*

Chapitre 17 : Une implication essentielle des établissements du réseau et des organismes communautaires ____ *137*

Conclusion ____ *139*

Bibliographie ____ *141*

Annexe I Liste des organismes ayant déposés un avis écrit ____ *145*

Annexe 2 Tableau illustrant les services offerts pour adultes présentant des troubles mentaux ____ *146*

PRÉAMBULE:

Le concept de la santé mentale

Au plan provincial, les experts ne s'accordent pas sur une définition unique de la santé mentale. Cependant, tous s'entendent sur le fait qu'elle doit être considérée comme un concept global. Ainsi, la notion de santé mentale doit tenir compte d'un ensemble de déterminants. Sans vouloir circonscrire la santé mentale dans une seule définition, la vision proposée par le Comité de la santé mentale du Québec (Blanchet et Al 1993) permet d'en rassembler les différentes composantes.

La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres:

- des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne;
- des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels;
- des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement.

Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes, telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.

La consultation menée en mars et avril 1999

Le 9 mars 1999, la Régie régionale lançait à l'Hôtel Delta de Trois-Rivières, en présence de l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale, la consultation en regard du Projet sur les orientations régionale en santé mentale. Cette consultation invitait les établissements et les organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les partenaires des autres secteurs intéressés à donner leur avis sur les orientations régionales contenues dans le document de consultation, dans le but de valider, d'améliorer et de bonifier ce projet collectif.

La période de consultation s'est échelonnée du 9 mars au 26 avril 1999. La Régie régionale a reçu quarante-neuf (49) mémoires provenant de plusieurs territoires de la région et représentant un éventail varié d'interlocuteurs. Le tableau suivant illustre le type d'interlocuteurs en relations avec le nombre d'avis qu'ils nous ont fait parvenir.

Tableau 1

Types d'interlocuteurs

Centres hospitaliers	4
CLSC et établissements à vocations multiples	6
Établissements à vocation régionale	5
Ressource non institutionnelle	1
Regroupements d'établissements du réseau	2
Concertation régionale	2
Organismes communautaires accrédités	16
Regroupements d'organismes communautaires	8
Comité consultatif	1
Syndicats	3
Établissements d'éducation	2
Groupes d'usagers	12
Organismes du secteur privé	1
TOTAL	49

Plusieurs opinions ont été transmises à la Régie régionale. Voici les principales:

Un consensus sur l'offre de services pour les personnes présentant des troubles mentaux, et sur la nécessité de passer à l'action.

La très grande majorité des mémoires ont fait part de l'adhésion des interlocuteurs au projet sur les orientations régionales en santé mentale. L'offre de services contenus dans ce document fait l'objet d'un large consensus du milieu. La démonstration de l'utilité d'une réorganisation des services n'est plus à faire et le temps est venu de passer à l'action.

Des absents

Plusieurs mémoires ont souligné l'absence de services pour les personnes âgées présentant des troubles mentaux et pour les personnes vivant une problématique multiple. De plus, plusieurs ont fait remarquer la nécessité d'adapter les services aux réalités vécues par les femmes.

Des inquiétudes

Plusieurs organisations ont exprimé leur crainte face au fait de réaliser la transformation des services en santé mentale à même une enveloppe budgétaire fermée de 45 777 947$. Selon eux, la région se prive de plusieurs opportunités d'aller chercher de nouvelles sources de revenus pour réaliser les orientations régionales.

Certains organismes et établissements déplorent le manque de ressources médicales à tous les niveaux et dans plusieurs territoires. La très grande majorité d'entre eux croit que sans l'assurance d'avoir des ressources médicales suffisantes, la faisabilité des orientations régionales est remise en question.

Des désaccords

La majorité des désaccords portent surtout sur le choix des organismes et des établissements qui se voient confier certains mandats, surtout en ce qui concerne le suivi intensif en équipe. De fait, les CLSC, les CHSGS et plusieurs organismes communautaires auraient souhaité obtenir ce mandat.

Des demandes de précisions et d'ajouts

De nombreuses organisations demandent de préciser certains objectifs et mesures contenus dans le document. Aussi, plusieurs mémoires ont fait part de suggestions très valables qui ont contribué à bonifier les orientations régionales.

Introduction

Le contexte de la transformation des services de santé mentale au Québec

Au Québec, depuis la publication de la Politique de santé mentale, en 1989, l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux et l'accès à des services dans leur milieu de vie constituent les avenues privilégiées pour le développement des services de santé mentale. Même si le Québec partage cette orientation avec la plupart des pays développés, la mise en place d'un système de services de santé mentale dans la communauté ne s'est pas encore véritablement concrétisée.

De fait, les données colligées au ministère de la Santé et des Services sociaux mettent en évidence la concentration des ressources publiques dans les services d'hospitalisation, contrairement à ce qui se fait dans d'autres provinces. Le Bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale soulève, de la même manière, l'absence de diversification des ressources actuelles et leur concentration en milieu hospitalier. Ce bilan présente les points de vue des différents groupes travaillant en santé mentale, qu'il s'agisse de gestionnaires, d'intervenants ou d'usagers.

Par ailleurs, en décembre 1996, le vérificateur général du Québec a affirmé, que le Québec est aux prises avec un important surplus de lits en psychiatrie. Parallèlement, il existe encore peu de services dans la communauté pour les personnes qui en ont besoin. Il recommandait au Ministère et aux régies régionales d'assurer la transformation de l'organisation des services préconisés par la Politique de santé mentale.

Le document *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* visait la mise en place de nouveaux services adaptés aux principaux usagers des services actuels, soit les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants. Ces personnes ainsi que leurs proches sont celles qui sont les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale.

Une consultation des études évaluatives sur le sujet révèle que les personnes ayant des incapacités importantes ou ayant séjourné de nombreuses années dans des hôpitaux psychiatriques se montrent plus satisfaites de leur vie dans la communauté lorsque les services répondent à leurs besoins. Quelques programmes ont démontré leur efficacité à cet égard, en particulier le suivi intensif en équipe dans la communauté, qui a été étudié à maintes reprises, dans de nombreux contextes et auprès de plusieurs clientèles. Ces programmes existent au Québec, mais le défi est d'en généraliser l'accès dans toutes les régions.

Le contexte de la tranformation des services de santé mentale dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Le consensus à la base de la Politique de santé mentale, qui s'appuyait notamment sur la volonté de rechercher les solutions dans le milieu de vie des personnes, s'avère toujours présent dans la région.

En 1992, l'adoption d'un *Plan régional d'organisation des services de santé mentale* prévoyait l'ajout de 10 millions de dollars. Toutefois, la nécessité de procéder à l'effort d'assainissement des dépenses publiques a plutôt confronté la Régie régionale à des vagues successives de réduction des dépenses compromettant par le fait même la réalisation du plan régional.

En 1996, le Plan de transformation de la Régie régionale prévoyait un certain nombre de mesures qui ont connu un faible degré de réalisation. D'autre part, en 1996, le Ministère faisait connaître ses orientations concernant l'organisation des services aux personnes autistes.

En 1997, le Ministère lançait *Les Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Ce document de consultation mettait clairement en avant la volonté de rapprocher l'intervention du milieu de vie, de diversifier les services et de répartir les ressources en fonction des nouvelles orientations. De plus, en 1998, il publiait sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.

En 1998, le document *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* interpellait chacune des régies régionales afin qu'elles intègrent les éléments de planification nécessaires à la transformation des services de santé mentale.

En juin 1998, la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec faisait connaître à ses partenaires de la santé mentale son intention de procéder, au cours de la prochaine année, à la définition des orientations régionales en santé mentale.

Assurer la primauté de la personne ainsi que le respect de ses droits

Les changements découlant du plan sur les orientations régionales en santé mentale doivent prendre en compte ce qui caractérise le domaine de la santé mentale, c'est-à-dire, l'évolution des pratiques, la relative vulnérabilité des personnes, leur stigmatisation et les difficultés à défendre leurs droits dans un réseau de services devenu plus complexe.

Inscrire le respect de la primauté de la personne, ainsi que le respect de ses droits au centre des préoccupations quotidiennes des prestataires de services entraîne des défis importants à relever.

Assurer la primauté de la personne implique le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue et favoriser sa participation dans les décisions qui la concerne.

L'ensemble des acteurs ont notamment à harmoniser le respect de l'autonomie et de la volonté de la personne avec son besoin de protection. Il faut s'assurer que se concrétise le respect des droits des usagers dans les gestes posés à leur égard.

La Régie régionale convie l'ensemble des partenaires à créer ou à maintenir un esprit d'ouverture et de collaboration et à être complice dans la recherche d'assurer la primauté de la personne sur le service ainsi que le respect de ses droits.

La santé mentale des femmes

Suite à l'adoption de sa politique de santé mentale, le MSSS a estimé qu'on devait tenir compte du sexe pour que le Québec puisse véritablement se doter d'un politique globale en santé mentale. Le Comité de la santé mentale du Québec a reçu le mandat d'examiner cette question et a mené des travaux qui ont permis de constater l'échec de l'amélioration de la santé mentale des femmes au cours des dernières années, de même que l'augmentation du nombre de femmes de tous âges qui se retrouvent avec un degré de détresse psychologique très élevé.

Afin d'améliorer la situation des femmes sur le plan de la santé psychologique, le MSSS a pris l'engagement d'enrichir la *Politique de santé mentale* en y intégrant la problématique de la santé mentale des femmes et de s'assurer que l'organisation des services répond adéquatement aux besoins, plus particulièrement des femmes âgées, des mères seules, des adolescentes défavorisées et des femmes violentées. Pour réaliser cet engagement, un comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes a été mis sur pied et a proposé des recommandations qui ont alimenté les travaux ayant mené à la production des orientations régionales.

L'apport des organismes communautaires de notre région

Il est essentiel de reconnaître l'apport et l'importance des quelques 25 organismes communautaires en santé mentale œuvrant dans la région. Ces organismes sont issus des besoins identifiés dans la communauté. Leurs missions visent l'entraide aux personnes vivant des problèmes de santé mentale, le support à leurs proches, l'intégration et la réinsertion sociale ainsi que la défense des droits.

Les orientations régionales en santé mentale devront favoriser le développement de ces organismes sur la base de collaborations librement consenties, dans le respect de leur autonomie et de leurs approches alternatives.

Le contenu du document

Ce document expose le projet sur les orientations régionales en santé mentale tel que soumis pour la consultation. Il est composé de trois parties.

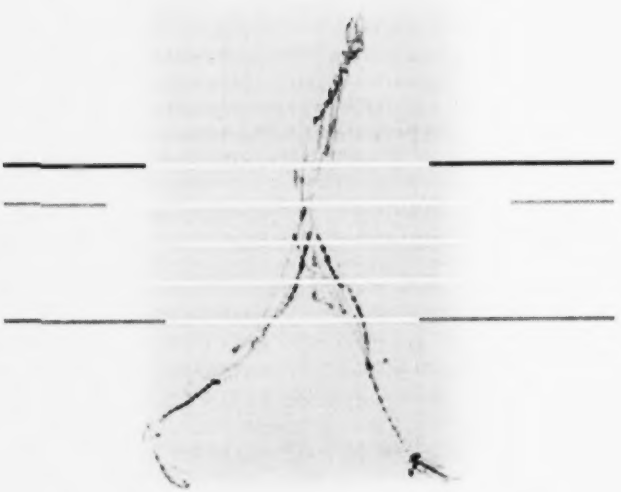
La première partie présente les douze (12) thèmes sur lesquels portent les orientations régionales en santé mentale. Il s'agit de la promotion/prévention du modèle régional d'intervention en situation de crise, des enfants et des jeunes présentant des troubles mentaux, des adultes présentant des troubles mentaux graves, des personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, de la clientèle suicidaire, des personnes présentant des problématiques multiples, des personnes âgées présentant des troubles mentaux, des personnes présentant des troubles envahissants du développement, du réseau résidentiel, de l'organisation médicale et enfin de la recherche et évaluation.

La deuxième partie précise les conditions de réussite qui permettront d'atteindre les objectifs reliés aux orientations régionales en santé mentale. Il s'agit des mécanismes de transition, de la planification budgétaire de la gamme de services en santé mentale et de la concertation et formation continue.

Finalement, la mise en œuvre des orientations régionales en santé mentale nécessite un leadership clair de la Régie régionale et une implication essentielle des établissements du réseau et des organismes communautaires. Ils sont définis dans la troisième partie.

Partie 1

Orientations régionales



Chapitre 1 : Promotion/Prévention

État de situation

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, dans son *Plan de consolidation 1999-2002*, confirme son désir de prendre le virage vers la promotion et la prévention. Dans les trois prochaines années, elle compte :

- Mener des travaux en lien étroit avec les partenaires, notamment les CLSC, afin de définir les planchers de services et les marges de manœuvre territoriales compris à l'intérieur de l'objectif de 70 $ per capita.
- Définir, en concertation avec les partenaires, les mécanismes de reddition de compte à mettre en place pour assurer la disponibilité dans chacun des territoires des planchers de services préalablement définis.
- Soutenir le changement de pratique des ressources humaines sur qui repose le virage promotion/prévention.
- Promouvoir et prioriser les actions et interventions jugées efficaces et prometteuses de même que celles qui agissent sur plusieurs facteurs de risque à la santé. À cet effet, elle prévoit mettre en place des mécanismes d'échange d'expertise, aussi bien du régional vers le local (expertise de soutien) que du local vers le régional (expertise de milieu).
- Exercer une vigilance sur les actions locales et régionales afin d'assurer une cohérence entre elles de même qu'avec celle du national, pour ainsi en maximiser l'efficacité.
- Promouvoir auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux l'importance de la consolidation du financement des organismes communautaires actifs en promotion/prévention.

Ces objectifs régionaux auront un impact certain sur les activités en promotion/prévention, car il y a encore beaucoup à faire dans ce secteur d'activité. Jusqu'à présent, peu de régions ont conçu un programme spécifique en santé mentale. Cela s'explique par le peu de disponibilité de l'expertise et le manque de ressources humaines et financières allouées jusqu'à présent à ce secteur d'activité.

Au cours des deux dernières années, l'équipe Enfance-jeunesse-famille de la Régie régionale a élaboré quatre cadres de référence en promotion/prévention pour les enfants, les adolescents et leurs familles. Ces cadres de référence énumèrent des gammes de services devant être mises en place, avec une approche écologique et multisectorielle, dans chacun des territoires de CLSC. Il s'agit des cadres de référence suivants :

- soutien au développement de l'enfant, de sa famille et de ses milieux de vie;
- périnatalité;
- familles en crise : rupture et recomposition;
- l'équipe « École en santé ».

Ces cadres de référence proposent des gammes de services qui auront une influence positive sur la promotion/prévention relativement aux problèmes de santé mentale chez les enfants, les jeunes et leurs familles.

Les CLSC ont reçu le mandat de mettre en place ces gammes de services et ils sont à l'œuvre depuis quelques mois pour atteindre cet objectif.

Il y aura donc, dès la prochaine année, une augmentation significative des services de promotion/prévention pour les enfants, les jeunes et leurs familles dans la région. Ils apporteront une réponse valable à la dimension de promotion/prévention dans le domaine de la santé mentale des jeunes.

Pour les autres clientèles, la Régie régionale mène en ce moment un certain nombre de travaux dans le domaine de la promotion/prévention, mais aucun n'est spécifique à la santé mentale des femmes et des hommes.

Enfin, mentionnons l'implication des organismes communautaires qui, malgré le peu de moyens à leur disposition, ont mené depuis plusieurs années à l'intérieur de leurs activités de base, des actions dans le domaine de la promotion/prévention en santé mentale.

Orientation 1

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend agir sur les causes des problèmes de santé mentale en intensifiant les activités de prévention et de promotion

Le comité de la santé mentale du Québec définit la promotion et la prévention de la façon suivante :

- La promotion vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque et vise la population en général ou des sous-groupes particuliers.
- La prévention vise la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population en général ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou telles conditions.

Le tableau suivant illustre la distinction entre la promotion et la prévention (extrait de Blanchet et coll., 1993).

Tableau I

Distinction entre prévention et promotion

	Prévention	**Promotion**
Objectifs	Réduire l'incidence des problèmes de santé mentale	Accroître le bien-être personnel et collectif
Moyens	Éliminer ou réduire les facteurs de risque et les conditions pathogènes	Développer les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale
Cibles	La population en générale et les sous-groupes exposés à des facteurs de risque ou à des conditions pathogènes	La population en générale et des sous-groupes particuliers
Moments	Avant l'apparition des problèmes	En tout temps
Modèles	Épidémiologique et clinique	Psychologie du développement, écologique et socioculturel

Pour marquer plus d'emphase en promotion/prévention, l'intervention doit s'inscrire dans un élargissement des perspectives au niveau de l'action. En effet, les interventions en matière de promotion/prévention ne devraient pas être strictement orientées en fonction de la personne, mais aussi en fonction des milieux de vie que celle-ci doit affronter quotidiennement.

Les clientèles prioritaires vers lesquelles devraient s'orienter les actions de promotion et de prévention sont les suivantes :

- Les femmes et les hommes dont la santé mentale est menacée, c'est-à-dire susceptibles de développer des problèmes de santé mentale parce qu'ils vivent des situations ou affrontent des conditions de vie qu'ils jugent intolérables. À titre d'exemple, mentionnons les conditions de vie de certaines femmes, plus particulièrement celles qui vivent dans la violence, la pauvreté et la monoparentalité.
- La population et particulièrement certains groupes plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale soit en raison de leur sexe ou de leurs conditions de vie sociale, culturelle ou économique, soit parce qu'ils sont exposés à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme ou les toxicomanies.

Objectif A

Mettre en place les conditions qui favorisent l'intégration des services de promotion/prévention de la santé mentale au système de services réguliers

L. Blanchet, M.C. Laurendeau, D. Paul et J.F. Saucier, dans leur ouvrage intitulé « *La prévention et la promotion en santé mentale, préparer l'avenir* » décrivent huit conditions essentielles pour l'intégration de la promotion/prévention avec le système des services réguliers.

Statut formel et mandat clair

Pour qu'elles puissent se développer et s'intégrer aux services courants, les activités de promotion/prévention doivent au préalable être formellement reconnues, à la fois par les politiques publiques et le réseau des services. Il faut donc qu'elles jouissent d'un statut formel institutionnalisé à l'échelle gouvernementale, c'est-à-dire qu'elles relèvent d'une structure administrative dotée d'un mandat clair et d'une relative autonomie de prise de décision. De plus, seules des ententes formelles entre les divers partenaires et établissements peuvent soutenir les collaborations à long terme.

Financement particulier, garanti et récurrent

Les activités de promotion/prévention doivent faire l'objet d'un financement en propre et garanti dans l'ensemble des services de santé mentale. De plus, les programmes fructueux doivent pouvoir être incorporés à la structure de financement sur une base récurrente, plutôt que sur une base ad hoc, afin d'avoir une pénétration soutenue et suffisante pour assurer leur impact. Enfin, il doit y avoir, au niveau de chaque structure centrale ou locale, du personnel qui se consacre à plein temps au champ précis de la prévention et de la promotion en santé mentale, pour en maintenir le développement.

Plan d'action concerté

Il faut formuler, pour les activités de promotion/prévention, comme pour les autres services de santé mentale, un plan d'action qui soit opérationnel et défini en concertation. Ce plan doit préciser les objectifs à atteindre, les actions à entreprendre pour y parvenir, les partenaires et les indicateurs à utiliser, tant pour l'évaluation du processus d'implantation des programmes, que pour l'évaluation des résultats. Les divers partenaires concernés doivent donc s'entendre sur les objectifs prioritaires, sur la gamme des activités à proposer, ainsi que sur les critères de sélection des programmes à financer. Les partenaires doivent aussi s'entendre sur le processus de développement et d'implantation des programmes sélectionnés. Enfin, le plan d'action doit prendre en considération la disponibilité des ressources à long terme.

Qualité des programmes

Autre condition essentielle à l'intégration des activités de promotion/prévention à la gamme des services publics, la qualité des programmes. En effet, la qualité des programmes influera sur leur désirabilité auprès des intervenants des services courants. Ainsi, un fondement scientifique établi, des cibles et des objectifs bien précis, des méthodes d'intervention et d'évaluation adaptées aux contextes locaux seront tout autant des facteurs favorisant le processus d'intégration aux services. Les questions de faisabilité et de rentabilité, qu'on peut associer à la qualité des programmes, interviendront aussi comme éléments facilitateurs de ce processus d'intégration.

Soutien politique et administratif

Un comité consultatif représentatif de la communauté doit donner son appui aux activités de promotion/prévention en santé mentale et les rendre visibles. Un tel comité, tout en assurant cette représentativité, inclut généralement des personnes influentes sur le plan scientifique ou politique. Cela lui confère un rôle de lobby public et continu en faveur de la promotion/prévention en santé mentale, de même qu'un rôle de soutien et de protection en période de restrictions budgétaires.

Le soutien politique, pour capital qu'il soit, serait insuffisant s'il ne s'accompagnait d'un soutien administratif, tant à l'échelle locale que centrale. L'existence d'une complicité entre cadres et intervenants contribue souvent au succès des interventions sur le terrain.

Leadership fort et coordination des divers secteurs d'activité

Étant donné le déséquilibre persistant dans l'allocation des ressources entre les champs du traitement et de la réadaptation et celui de la promotion/prévention en santé mentale, un leadership fort et reconnu en promotion/prévention s'avère ici tout à fait indispensable. Ce leadership semble le mieux assuré par l'existence d'une équipe centrale de coordination appuyée par un réseau de spécialistes en promotion/prévention sur le terrain. Cette équipe centrale a comme responsabilité de faciliter le développement des programmes de promotion/prévention selon un modèle généraliste qui tienne compte des intérêts de tous les groupes d'âges et des diverses communautés concernées. Elle doit pouvoir travailler en concertation avec les autres groupes d'intervenants présents sur un territoire. À chacun de ces échelons, la même nécessité de coordination s'impose entre les ressources formelles et informelles, les réseaux institutionnels et communautaires, ainsi qu'entre les divers champs d'intervention qui font partie de la gamme des services de santé mentale.

Formation, consultation et soutien technique pour les intervenants

La vaste majorité des intervenants en santé mentale, qu'ils soient professionnels ou non professionnels, n'ont pas reçu de formation spécialisée en promotion/prévention. On peut pallier cette importante lacune en instaurant, d'une part, des programmes collégiaux et universitaires qui vont davantage tenir compte de ce champ de compétences et en offrant, d'autre part, de la formation continue et du perfectionnement aux intervenants en exercice. Les réseaux actuels de spécialistes en promotion/ prévention doivent par ailleurs fournir le soutien technique nécessaire aux professionnels et non-professionnels engagés sur le terrain. Ils doivent aussi assurer le transfert des connaissances scientifiques en programmes et outils d'intervention, et s'occuper, de façon générale, d'éducation et de diffusion de l'information auprès du grand public.

Développement par étapes

Dernière condition de base favorisant l'intégration des activités de promotion/prévention aux services courants, l'adoption d'une stratégie de développement par étapes. Une telle stratégie suppose l'implantation préalable de projets-pilotes que l'on soumet à une évaluation rigoureuse. Lorsque la chose est possible, on implante les programmes dans plus d'un site à la foi afin d'en faire une analyse comparative. Puis, s'ils présentent des résultats positifs, on envisage leur dissémination sur une plus large échelle. On peut alors produire un manuel d'implantation destiné à faciliter cette dissémination et l'équipe qui a amorcé le programme peut offrir un soutien technique aux intervenants appelés à reproduire le programme.

Il convient, par ailleurs, de procéder aux réallocations des ressources petit à petit. Le fait de financer plusieurs projets modestes d'implantation d'activités préventives et promotionnelles, plutôt qu'un seul de grande envergure, présente le double avantage d'élargir, tout d'abord, la base participative à divers milieux et, ensuite de diminuer les risques. Ceux-là sont en effet moins élevés s'ils sont répartis sur plusieurs projets modestes plutôt que sur un seul projet très coûteux.

MESURES

- **La Régie régionale assurera le leadership régional dans le domaine de la promotion/prévention en santé mentale.**
- **La Régie régionale définira un cadre d'intervention (cadre de référence) en promotion/prévention de la santé mentale.**
- **La Régie régionale développera une expertise sur les approches et les stratégies d'intervention les plus efficaces et prometteuses.**
- **La Régie régionale précisera la part du budget de développement prévu pour la promotion/prévention qui sera investi dans le domaine de la santé mentale.**
- **La Régie régionale mettra en place un système de monitoring des résultats reliés aux activités de promotion/prévention qui seront réalisées en santé mentale.**
- **La Régie régionale s'assurera que les intervenants et les professionnels sur les territoires recevront la formation nécessaire pour intervenir efficacement dans le domaine de la promotion/prévention.**

Objectif B

Mettre en place sur chacun des territoires la gamme complète des services de promotion et de prévention.

La gamme des services en promotion/prévention comprend les services suivants :

- ***L'information et la sensibilisation de la population***

Les moyens d'action sont l'information et la sensibilisation de la population aux problèmes de santé mentale, aux conditions sociales et autres facteurs associés à la santé mentale, aux problèmes pouvant constituer une menace au maintien de la santé mentale et à la démystification de l'utilisation des services disponibles.

- ***Le dépistage des individus et des groupes à risque***

Les moyens d'action sont le dépistage des personnes et des familles aux prises avec des situations constituant une menace pour leur santé mentale comme l'isolement social, la séparation et le divorce, le deuil, la négligence, la violence ou autres. Le dépistage vise également à agir rapidement auprès des personnes ayant des idées suicidaires.

- ***L'intervention auprès des individus ou des groupes à risque***

Les moyens d'action sont les rencontres individuelles ou de groupe ainsi que le support à la mise sur pied et à l'animation des groupes d'entraide sur le développement des compétences parentales, interpersonnelles ou sociales.

- ***L'action communautaire***

Les moyens d'action sont le soutien aux réseaux d'entraide et de participation communautaire qui ont pour but de favoriser la prise en charge, par la personne elle-même, de son bien-être psychique et émotionnel.

Le soutien à la prise en charge individuelle et collective (empowerment) et à l'action du milieu sur les déterminants de la santé mentale, les conditions sociales et autres facteurs associés aux problèmes de santé mentale comme la pauvreté, les conditions de logement, le chômage, la violence conjugale, la monoparantalité, etc.

Le soutien des activités de la communauté permettant la consolidation du tissu social et l'amélioration des milieux de vie.

MESURE

- **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer que la gamme complète des services de promotion et de prévention en santé mentale soit offerte sur leur territoire en étroite collaboration avec les organismes communautaires et tous les autres acteurs concernés par ce secteur d'activités.**

Objectif C

Mettre en place les conditions qui favorisent la santé mentale des femmes

Le *Rapport du comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes : Écoute-moi quand je parle!* mentionne que les femmes rencontrées en entrevue insistent pour dire qu'elles veulent être écoutés lorsqu'elles font part de leurs problèmes aux personnes à qui elles se confient. Elles demandent d'être entendues avec leur spécificité de femmes et non comme un être asexué. Elles veulent qu'on réponde à leurs besoins au moyen de solutions respectant leur identité féminine, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique.

Les femmes soulignent qu'une approche différenciée selon les sexes dans la dispensation des services assurera des réponses plus conformes à leurs besoins. Elles ont répété que les préjugés persistent encore chez plusieurs intervenantes et intervenants, employeurs, et chez plusieurs femmes également. Elles proposent par le fait même un changement dans les attitudes et les comportements. Pour y arriver, des conditions doivent être mises de l'avant pour favoriser un développement optimal de la santé mentale et physique des femmes. Voici ces conditions :

- Continuer à parfaire les connaissances sur la santé mentale des femmes par la formation.
- Agir sur les déterminants de la santé tels qu'ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé en 1986.
- Favoriser l'appropriation par les femmes de leur propre pouvoir.
- Favoriser les actions intersectorielles.

MESURES

- **La Régie régionale s'assurera que les plans de formation en santé mentale incluront des éléments qui favoriseront l'amélioration des connaissances sur la santé mentale des femmes.**
- **Confier à l'ensemble des établissements et des organismes du réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec les autres secteurs intéressés par ce domaine, le mandat de favoriser des actions qui agissent sur les déterminants de la santé mentale des femmes et qui ont comme effet d'augmenter le pouvoir de celles-ci sur leur propre vie.**

Chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise

État de situation

Les services actuels d'intervention en situation de crise ne sont pas suffisamment développés dans la région. Par exemple, les services d'urgence en milieu hospitalier sont surutilisés par des femmes et des hommes présentant des problèmes de santé mentale qui ne nécessitent pas de soins psychiatriques spécialisés.

Le développement de services d'intervention en situation de crise devrait permettre d'accroître l'accessibilité horaire ainsi que leur disponibilité sur chaque territoire, à une gamme diversifiée et intégrée de services permettant de diminuer la tension, de prévenir les risques et d'orienter les personnes vers des services mieux adaptés à leurs besoins.

Les services d'intervention en situation de crise visent un changement d'habitude chez la population qui recherche d'abord un avis médical sur leurs difficultés, ce qui contribue à engorger les services d'urgence en milieu hospitalier.

Orientation 2

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend rendre disponible, sur chacun des territoires, la gamme complète des services d'intervention en situation de crise et rendre ces services accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Description du modèle régional d'intervention en situation de crise

Les objectifs :

- Permettre aux personnes en situation de crise de retrouver ou d'améliorer leur niveau de fonctionnement antérieur à la crise.
- Désamorcer les situations de crise dans le but de diminuer la tension, de prévenir la dangerosité et d'orienter les femmes et les hommes vers les services adaptés à leurs besoins.

La clientèle :

- L'intervention en situation de crise est accessible à toutes les personnes vivant une situation menaçant leur santé mentale, un risque suicidaire, un trouble transitoire, ainsi qu'à toutes les personnes vivant des troubles mentaux graves.

Les catégories de crise :

- La crise psychosociale

  La crise psychosociale implique un état d'agitation psychologique relativement de courte durée chez une personne confrontée à un problème important pour elle et qu'elle ne peut résoudre avec ses ressources habituelles.

- L'urgence sociale

  L'urgence sociale réfère spécifiquement aux personnes dont la sécurité est compromise.

- L'urgence psychiatrique

  L'urgence psychiatrique se caractérise par un état de désorganisation psychologique impliquant un niveau de dangerosité tel qu'une intervention médicale ou psychiatrique est requise.

La gamme des services d'intervention en situation de crise :

- ***L'intervention téléphonique***

L'intervention téléphonique comprend l'accueil, le filtrage, l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité, le désamorçage, la mobilisation des ressources, le support et la référence.

De façon générale, les services d'intervention téléphonique pour les situations de crise seront offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par les CLSC sur chacun des territoires. Ils seront offerts par le service Info-santé régionalisé en dehors des heures d'ouverture des CLSC. L'intervention téléphonique clinique sera effectuée par un intervenant social. Une ligne téléphonique sera réservée spécifiquement pour les intervenants et professionnels qui désirent faire appel aux services d'intervention de crise.

De façon spécifique, les services d'intervention téléphonique pour les crises suicidaires seront offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par les Centres de prévention du suicide.

- ***L'intervention immédiate dans le milieu***

L'intervention immédiate dans le milieu implique la présence d'un intervenant sur les lieux où se vit une situation de crise, lorsque la situation l'exige. Les intervenants doivent donc être disponibles en tout temps pour se rendre dans le milieu le plus rapidement possible. Le milieu est ici défini dans son sens large et peut inclure la salle d'urgence d'un CHSGS, les locaux d'un autre organisme ou tout autre lieu. Les demandes d'intervention en situation de crise provenant des professionnels des services d'urgence doivent être considérées comme des moyens d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins de la personne qui ne nécessite pas une hospitalisation.

L'intervention immédiate dans le milieu comprend : le désamorçage, l'utilisation des techniques de résolution de problème, le support, la mobilisation des ressources, l'accompagnement, la référence et l'élaboration d'un plan d'action personnalisé.

Ces services seront offerts 24 heures par jour 7 jours par semaines par les CLSC sur chacun des territoires.

- ***Le suivi à court terme***

Le suivi à court terme est un ensemble de services qui s'exercent quand l'urgence de la situation ne nécessite pas une intervention immédiate mais peut attendre un délai de 24 heures. Le suivi à court terme comprend l'évaluation, le suivi de la crise (de 4 à 6 semaines), la référence et la relance.

Ce service est offert par les CLSC sur chacun des territoires.

- ***L'hébergement à court terme ou de dépannage***

Les services d'hébergement à court terme ou de dépannage sont de type sécuritaire. Ils doivent être privilégiés à l'hospitalisation. Aussi, il faut s'assurer qu'il y aura des services adaptés aux besoins spécifiques des femmes.

Ces services peuvent être offerts par les organismes communautaires ou par d'autres organismes et établissements. Il sera d'abord demandé aux organismes communautaires en santé mentale d'offrir les services d'hébergement à la clientèle vivant une situation de crise.

Les CLSC ont la responsabilité de s'assurer que des ressources d'hébergement sont disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour la clientèle qui vit une situation de crise. Ils ont aussi la responsabilité de signer des ententes formelles avec les organismes communautaires ou les autres organismes ou établissements qui s'occupent d'hébergement pour assurer un lien de cohérence et de continuité avec les autres services d'intervention en situation de crise, dont ceux adaptés à la situation des femmes.

- ***L'urgence et l'évaluation psychiatrique***

Les services d'urgence et d'évaluation psychiatrique sont offerts par les CHSGS ainsi que par les équipes de base formées à cette fin.

Les CHSGS devront rendre disponible, à l'urgence, un environnement adapté et sécuritaire pour les personnes en situation de crise qui le nécessitent. Ils devront également s'assurer de mettre en place un mécanisme efficace d'évaluation psychiatrique préalable à l'hospitalisation.

Les CLSC ont la responsabilité de signer des ententes formelles avec les CHSGS pour assurer un lien de cohérence et de continuité avec les autres services d'intervention en situation de crise.

- ***L'hospitalisation de courte durée***

Les services d'hospitalisation de courte durée sont offerts par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Les CLSC ont la responsabilité de signer des ententes formelles avec les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés pour assurer un lien de cohérence et de continuité avec les autres services d'intervention en situation de crise.

L'urgence sociale des Centres jeunesse

Dans le but de s'assurer de la complémentarité et de l'efficacité des services d'intervention en situation de crise pour les enfants et les jeunes, les Centres jeunesse et les CLSC devront convenir des modalités permettant d'intégrer les services d'urgence sociale au modèle régional d'intervention en situation de crise proposés dans ce document.

Les caractéristiques essentielles du modèle d'intervention en situation de crise

- ***L'accessibilité :***

La gamme complète de services doit être connue de la population et disponible en tout temps.

- ***La rapidité d'intervention :***

Les normes associées à la rapidité de l'intervention demeurent à définir.

- ***La continuité :***

La crise est un processus qui peut évoluer sur une période de quatre à six semaines. Il est donc essentiel de mettre en place des mécanismes formels qui assurent la poursuite de l'intervention de crise et la relance. A cet effet, la notion d'intervenant pivot peut permettre d'assurer ces fonctions.

- ***La complémentarité et le partenariat :***

Les services d'intervention en situation de crise s'inscrivent en complémentarité avec le réseau des services réguliers déjà existant. Il est nécessaire de respecter les missions de chacun des partenaires impliqués et de bien clarifier leurs rôles et leurs fonctions en regard de l'intervention en situation de crise. L'expertise des partenaires devrait être considérée pour favoriser l'accès rapide aux différents services d'intervention en situation de crise.

- ***La sécurité des intervenants :***

Il arrive que des situations nécessitent des interventions dans le milieu, de jour comme de nuit. À ce sujet, il faut se rappeler qu'un des premiers principes de l'intervention en situation de crise est la sécurité de la clientèle et des intervenants. Ainsi, en aucun temps les intervenants ne doivent s'exposer à des situations dangereuses. La collaboration de la sécurité publique peut être mise à contribution.

- ***La formation et le support clinique des intervenants sur les territoires :***

Une formation de base pour l'intervention en situation de crise doit être offerte à tous les intervenants qui seront appelés à agir sur le territoire. Cette formation doit inclure des stratégies d'évaluation de l'urgence et de la dangerosité. De plus, l'intervenant doit posséder une connaissance approfondie des partenaires avec qui il devra travailler en plus d'avoir accès à des activités de supervision clinique. Un mécanisme assurant le support clinique devrait être disponible en tout temps pour les intervenants qui répondront aux situations de crise de jour comme de nuit.

- ***L'information à la population et aux organisations sur les territoires :***

Le modèle d'intervention en situation de crise et la gamme complète de services doivent être connus autant de la population que des organisations du milieu.

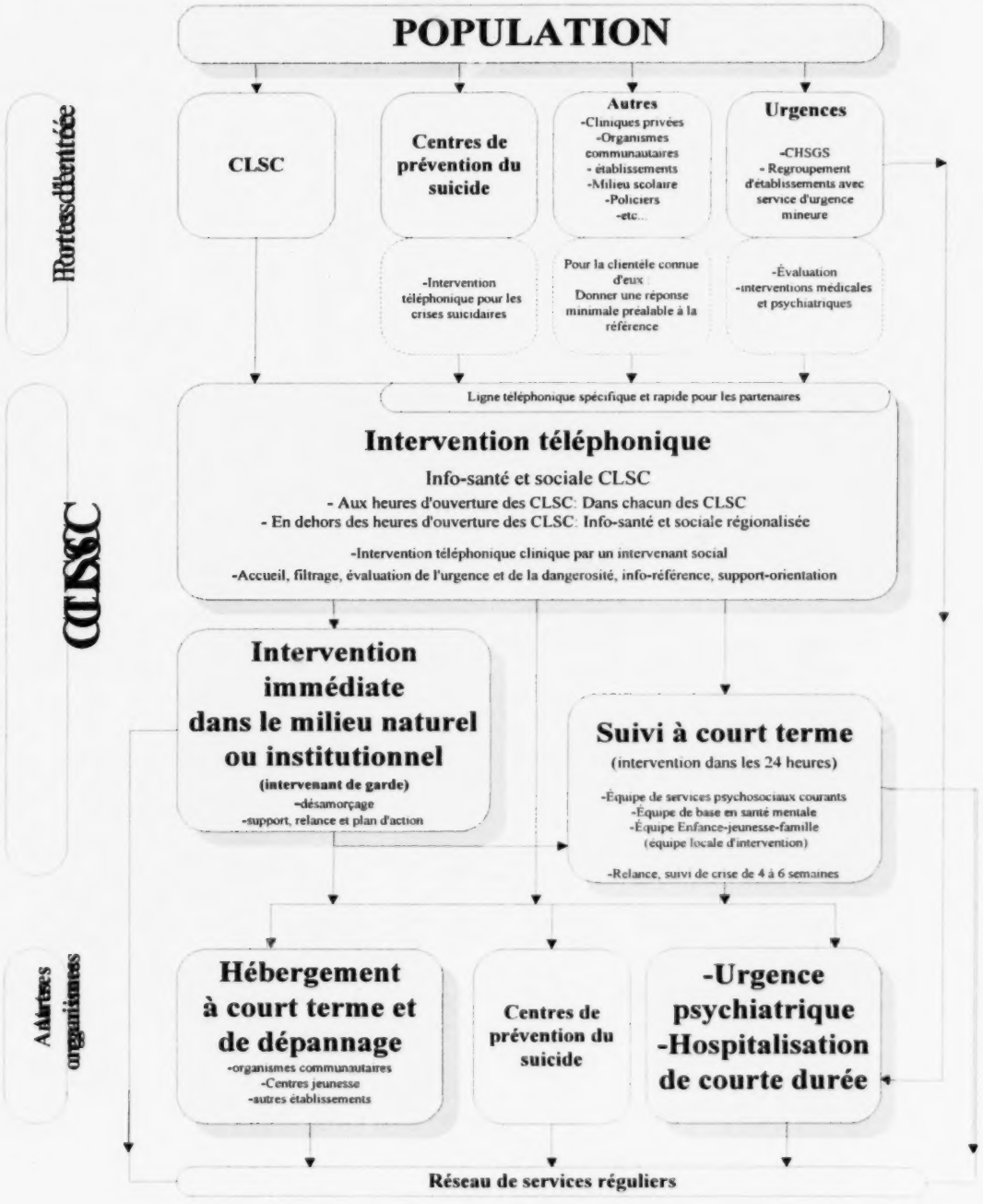
- ***La coordination par territoire :***

Il est important que, sur chacun des territoires, des mécanismes de coordination formels soient mis en place pour faire le suivi régulier du fonctionnement du modèle d'intervention en situation de crise. Le modèle régional d'intervention en situation de crise peut faire l'objet de certaines adaptations aux réalités territoriales, à la condition que ces adaptations ne remettent pas en cause le modèle lui-même ni la responsabilité des CLSC. Il appartient aux CLSC de prendre des ententes particulières avec les autres ressources de son territoire.

- ***Le respect des lois régissant les différentes clientèles :***

La gamme de services d'intervention en situation de crise doit s'appuyer sur l'application de la loi 39 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, sur l'application de la Loi de la protection de la jeunesse et sur l'application de la Loi des jeunes contrevenants.

Schéma opérationnel du modèle régional d'intervention en situation de crise



MESURES

- Confier aux CLSC le mandat de mettre en place dans leur territoire les services d'intervention téléphonique, les services d'intervention immédiate dans le milieu et les services de suivi à court terme pour les personnes en situation de crise.
- Confier aux centres de prévention du suicide, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat d'offrir les services d'intervention téléphonique pour les personnes en crise suicidaire et leur entourage.
- La Régie régionale maintiendra le mandat confié à chacun des CHSGS et aux établissements à vocation multiple d'offrir des services d'urgence et d'évaluation psychiatrique. Demander à ces établissements de rendre disponible à l'urgence un environnement adapté et sécuritaire pour les personnes en situation de crise qui le nécessitent et d'assurer un mécanisme efficace d'évaluation psychiatrique préalable à l'hospitalisation lorsque nécessaire.
- La Régie régionale maintiendra le mandat confié aux CHSGS d'offrir les services d'hospitalisation psychiatrique pour la clientèle en situation de crise lorsque la situation le requiert.
- Confier aux CLSC le mandat de s'assurer de l'accessibilité des services d'hébergement à court terme et de dépannage dans le cadre de l'intervention en situation de crise sur leur territoire. Les CLSC devront conclure des ententes formelles avec chacun des partenaires qui offrent ces services.
- Confier aux organismes communautaires en santé mentale le mandat de maintenir leur implication actuelle auprès des clientèles en situation de crise, ou de les accueillir et les orienter vers les ressources appropriées.
- Confier aux CLSC le mandat de coordonner sur leur territoire l'interaction entre les services du modèle régional d'intervention en situation de crise, en collaboration étroite avec tous les organismes et les établissements du réseau impliqués et les ressources des autres réseaux (exemple : policiers) .
- La Régie régionale s'assurera d'organiser une formation de base pour l'ensemble des intervenants de la région qui seront appelés à intervenir en situation de crise et de planifier, en collaboration étroite avec les organismes et les établissements impliqués, une campagne médiatique permettant de faire connaître ces nouveaux services à la population.
- La Régie régionale évaluera le fonctionnement et l'efficacité des services du modèle régional d'intervention en situation de crise.

Chapitre 3 : Enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux

État de situation

La problématique

Le comité jeunesse, dans son document *Agissons en complice*, a observé au cours des dernières années une augmentation quasi constante du nombre de suicide chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans , les garçons de 15 à 19 ans étant particulièrement touchés. Il constate aussi que le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 19 ans.

Le comité jeunesse ajoute que certains éléments sont susceptibles d'affecter la santé mentale des adolescents : un questionnement difficile sur son orientation sexuelle, le fait d'évaluer négativement les relations avec les parents, d'avoir certains problèmes à l'école ou encore de consommer de l'alcool ou des drogues de façon abusive.

Selon le rapport de *l'Enquête sociale et de santé* (1992-1993), les jeunes adultes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à avoir un niveau élevé de détresse psychologique. L'enquête montre plus particulièrement qu'une plus grande proportion de femmes (29 %) que d'hommes (24 %) ont un niveau élevé de détresse psychologique. Ces résultats régionaux sont similaires à ceux rapportés pour l'ensemble du Québec. En 5 ans, la proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique est passée de 19 % à 27 %. Ce phénomène touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans.

En regard de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, l'hyperactivité, suivie des troubles de l'opposition et des troubles de conduite, constituent les troubles mentaux extériorisés les plus fréquents chez les jeunes de 6 à 14 ans. Pour les 6 à 11 ans, environ 7,5 % des enfants souffrent d'au moins un trouble mental extériorisé et cette proportion passe à 4,4 % chez les 12 à 14 ans. Parmi les troubles intériorisés, il y a la phobie simple, dont celle de la noirceur, l'angoisse de la séparation, l'hyperanxiété et la dépression majeure pour la même catégorie d'âge (9,6 % chez les 6-11 ans et 14,2 % chez les 12-14 ans).

En octobre 1997, les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec identifiaient dans leurs dossiers 60 enfants qui présentaient un problème de santé mentale. Trente-trois de ces enfants avaient un diagnostic de santé mentale et un grand nombre présentaient une ou des problématiques associées, dont la mésadaptation sociale dans 61% des cas. La moyenne d'âge de ces 60 jeunes était de 14 ans.

Enfin, pour l'année 1997-1998, les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie de notre région ont vu plus de 600 enfants et jeunes souffrant de troubles reliés à la santé mentale. Cela ne représente qu'un faible pourcentage de la réalité puisque tous les intervenants s'accordent pour dire que les troubles mentaux chez les enfants et les jeunes sont sous-évalués.

Les lacunes dans les services actuels

Le comité jeunesse, dans son rapport intitulé *Agissons en complice*, identifie plusieurs lacunes concernant les services aux enfants et aux jeunes. Voici celles qui caractérisent particulièrement les services de santé mentale :

- Le manque de concertation et de cohérence entre les établissements et les réseaux de services et, conséquemment, entre les intervenants.
- Le manque de continuité, de cohérence, de rapidité et d'intensité dans l'intervention.
- L'inaccessibilité et l'insuffisance de certaines ressources.

La *Politique de santé mentale*, outre le manque de concertation entre les différents secteurs, identifie :

- Le cloisonnement et la fragmentation entre les divers secteurs de services.

Pour sa part, le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* précise que:

- L'accès à des services spécialisés est souvent difficile et lent.

Enfin, le groupe de travail que la Régie régionale a mis sur pied en octobre 1998, en plus des lacunes déjà mentionnées, a identifié les lacunes suivantes :

- L'absence d'un réseau local structuré pour offrir les services de base en santé mentale aux enfants et aux jeunes.
- Le manque de formation et de soutien clinique des intervenants.
- Le manque de soutien pour les parents et les familles.
- La non-reconnaissance des compétences et des expertises de certains dispensateurs de services.
- Le manque de ressources financières et humaines pour offrir des services de base et des services spécialisés de qualité.

Orientation 3

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place sur chacun des territoires la gamme complète des services de base pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux.

Objectif A

Mettre en place les équipes jeunesse intégrées telles que définies par le Comité jeunesse dans son rapport *Agissons en complice* (décembre 1998).

Le diagnostic posé par le comité jeunesse sur les services sociaux et de santé offerts aux enfants, aux jeunes et à leurs parents faisait état de plusieurs lacunes entourant l'organisation et la prestation des services. Les critiques les plus sévères soulignaient, outre la disponibilité relative de certains services, la difficulté pour les personnes qui désiraient de l'aide d'identifier la bonne porte d'entrée pour accéder aux services. La collaboration souvent difficile entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires de même que la discontinuité et la fragmentation des interventions sont autant de lacunes identifiées par le comité jeunesse.

Pour remédier à ces lacunes dans les services actuels, le comité jeunesse met principalement l'accent sur l'intégration des services. Les services intégrés correspondent aux critères suivants :

- La porte d'entrée aux services se situe à proximité des milieux de vie des enfants, des jeunes et de leur famille.
- Une gamme complète de services demeure disponible aux enfants, aux jeunes et à leurs familles.
- Les intervenants et les professionnels du réseau et leurs partenaires travaillent en étroite collaboration de façon à permettre la continuité et la complémentarité des interventions.
- Le contenu de l'intervention et ses modalités sont adaptés à chaque personne selon la nature et l'intensité de ses problèmes.

Pour le comité jeunesse, une offre de services intégrés exige d'abord la coordination des interventions, à tout le moins celles qui reposent sur la collaboration de plus d'un intervenant, établissement ou partenaire. La mise en place des équipes jeunesse intégrées devrait permettre d'assumer cette coordination. Les équipes locales d'intervention par territoire seraient formées minimalement d'intervenants et de professionnels de l'équipe Enfance-jeunesse-famille du CLSC et du point de service local des Centres jeunesse et pourraient s'adjoindre graduellement des intervenants des organismes communautaires, des centres de la petite enfance, des écoles, de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, etc.

La Régie régionale adhère à cette recommandation du comité jeunesse, car elle croit que celle-ci apportera une solution valable à la prestation des services pour les enfants et les jeunes qui vivent des troubles mentaux.

Pour maximiser l'efficacité des équipes jeunesse intégrées dans leurs actions auprès des enfants et des jeunes qui vivent des troubles mentaux, il est proposé qu'elles adoptent le concept d'intervenant pivot ou significatif auprès de la famille.

MESURE

- **Confier conjointement aux CLSC et aux Centres jeunesse le mandat de mettre en place les équipes jeunesse intégrées sur chacun des territoires et d'en définir le mode d'organisation, en lien étroit avec les partenaires concernés**

Objectif B

Consolider les équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC.

Les équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC, dans leur composition actuelle, ne possèdent pas les connaissances et l'expertise nécessaires pour offrir la gamme complète des services de base en santé mentale chez les enfants et les jeunes.

L'ajout d'un psychologue apporterait les connaissances et l'expertise permettant à ces équipes d'offrir des services de base de qualité. Un des rôles principal de ce professionnel sera d'agir à titre de consultant et d'agent multiplicateur de l'expertise en santé mentale, non seulement auprès de l'équipe interdisciplinaire Enfance-jeunesse-famille du CLSC dont il fera partie, mais aussi auprès de l'équipe jeunesse intégrée et des autres intervenants jeunesse de son territoire. Afin de maintenir la qualité de l'expertise de ces nouvelles ressources, des mécanismes de formation continue seront prévus.

La norme retenue pour le calcul du nombre de postes requis par territoire est de 0,5 psychologue par 35,000 habitants, avec un seuil minimal de 0,4 poste équivalent temps complet pour les territoires qui n'ont pas 35,000 habitants.[1]

La participation d'un omnipraticien à l'équipe interdisciplinaire enfance-jeunesse-famille du CLSC permettrait d'intégrer l'expertise médicale aux autres expertises déjà présentes et assurerait la gamme complète de services de base pour les enfants et les jeunes.

MESURES

- **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer de la participation d'un omnipraticien à chacune de leurs équipes interdisciplinaires enfance-jeunesse-famille.**
- **La Régie régionale bonifiera les équipes interdisciplinaires enfance-jeunesse-famille des CLSC en y ajoutant un psychologue spécialisé en santé mentale chez les enfants et les jeunes ou ayant une expérience pertinente dans ce domaine.**

Objectif C

Rendre disponible sur chacun des territoires la gamme complète des services de base pour les enfants et les jeunes qui souffrent de troubles mentaux ou qui sont à risque d'en souffrir.

La gamme des services de base comprend les services suivants

- ***La promotion et la prévention :***

  Voir le Chapitre 1.

[1] Cette norme constitue l'apport professionnel minimal nécessaire à l'atteinte des objectifs visés par cette mesure. Un exercice de monitoring en accompagnera le développement afin d'assurer l'atteinte d'un niveau optimal d'efficience et d'efficacité.

- ***L'accueil, l'évaluation et l'orientation :***

Il s'agit ici de recevoir les demandes, d'évaluer les besoins des enfants, des jeunes, de leur famille, de leur environnement, de leurs ressources et de leurs limites, d'identifier les services qui répondent à leurs besoins et de les référer s'il y a lieu.

- ***Le « counseling » ou la thérapie :***

Il s'agit d'interventions individuelles et de groupe visant à aider l'enfant ou le jeune à atteindre ou à retrouver un fonctionnement personnel et social valorisant et à développer et soutenir les compétences parentales. Les interventions familiales font partie, elles aussi, du counseling et de la thérapie.

Une attention particulière devrait être accordée aux jeunes de 15 à 18 ans qui présentent de multiples problématiques et qui se retrouvent en dehors des réseaux traditionnels comme celui de l'éducation ou du marché du travail.

Une attention particulière devra aussi être accordée aux jeunes qui atteignent l'âge de 18 ans afin qu'ils continuent de recevoir les services que réclame leur état malgré leur passage à l'âge adulte.

- ***Le répit/dépannage :***

Le répit comprend un ensemble de mesures planifiées visant à permettre aux familles ou aux proches de se procurer un temps de détente et de ressourcement.

Le dépannage est un ensemble de mesures permettant à la famille et aux proches d'être remplacés auprès des enfants et des jeunes lors de circonstances graves et imprévisibles.

- ***Le soutien et l'entraide aux parents :***

Le soutien et l'entraide sont une forme d'aide naturelle (non institutionnelle) destinée à la famille qui vise à offrir diverses activités visant le partage du vécu lié au problème de santé mentale d'un enfant ou d'un jeune.

- ***L'intervention en situation de crise :***

Voir le chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise.

L'application de cette gamme de services de base sur chacun des territoires aura comme effet de diminuer la liste d'attente actuelle pour les services spécialisés. En effet, plus les enfants et les jeunes recevront des services adaptés à leurs besoins, au moment opportun et dans leur milieu de vie, moins leur situation se détériorera et moins ils auront besoin de recourir à des services spécialisés.

MESURES

- Confier aux équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC le mandat de mettre en place des activités de promotion et de prévention qui incluent des activités pour identifier les enfants et les jeunes qui sont à risque de présenter des troubles mentaux.
- Confier aux équipes jeunesse intégrées le mandat d'offrir les services d'accueil, d'évaluation, d'orientation, de « counseling » ou de thérapie et de participer à l'intervention en situation de crise, en collaboration avec les services d'intervention en situation de crise du CLSC.
- Confier aux équipes jeunesse intégrée, en collaboration avec les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie, le mandat de mettre en place des activités de suivi spécifique concernant les jeunes de 15 à 18 ans qui présentent de multiples problèmes et qui se retrouvent en dehors des réseaux traditionnels comme celui de l'éducation ou du marché du travail.
- Confier aux équipes jeunesse intégrée, aux équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie, au réseau d'intervention en toxicomanie et aux organismes communautaires, en collaboration avec les services pour les adultes, le mandat de mettre en place des mécanismes de référence systématique pour préparer le passage à l'âge adulte des jeunes qui vivent des troubles mentaux.
- Confier aux CLSC le mandat de s'assurer que les parents qui ont des enfants et des jeunes qui souffrent de troubles mentaux aient accès à l'enveloppe budgétaire de répit/dépannage jeunesse. Les CLSC devront en favoriser l'accès à l'ensemble de leurs partenaires qui travaillent auprès des parents en besoin de ce service.
- La Régie régionale devra uniformiser, sur l'ensemble du territoire, les critères d'accès et les modalités de fonctionnement du programme répit/dépannage jeunesse.
- Confier à l'organisme communautaire Parents Partenaires, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat d'offrir des activités de soutien et d'entraide pour les parents des enfants et des jeunes atteints de troubles mentaux de la région.

Objectif D

Améliorer les liaisons fonctionnelles entre les différents acteurs qui offrent des services de santé mentale aux enfants, aux jeunes et aux adultes.

Le manque de concertation entre les établissements et les réseaux de services est un problème qui fait des victimes, précisément chez ceux qui ont besoin d'aide et de soutien. Les victimes sont, par exemple, les enfants ping-pong qu'on se renvoie mutuellement parce qu'ils ne correspondent pas à la bonne mission ou les enfants qui se retrouvent entre deux chaises parce qu'il existe un manque de communication et de référence entre les intervenants des différents établissements et organismes. Les enfants et les jeunes soumis à des interventions qui se neutralisent parce qu'elles vont dans des sens différents, ceux dont la situation s'aggrave parce qu'ils n'ont pas reçu les services appropriés au moment opportun ou encore ceux qui passent de l'adolescence à l'âge adulte et qui se retrouvent en bris de services sont aussi des exemples.

La concertation n'est pas une panacée. Toutefois, elle peut permettre d'optimiser les efforts de chacun en vue d'une meilleure réponse aux besoins des enfants et des jeunes.

MESURE

- **Confier aux CLSC le mandat d'initier et d'animer la concertation entre les différents acteurs jeunesse des territoires afin que la définition des liens fonctionnels entre eux face l'objet d'ententes formelles.**

Orientation 4

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place la gamme complète de services spécialisés pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux et la rendre accessible le plus près possible de leur milieu de vie.

Objectif A

Consolider les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Pour assurer la gamme complète des services spécialisés, il faut des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie composées d'un nombre suffisant de professionnels leur permettant de répondre aux besoins des enfants, des jeunes et de leur famille.

Afin d'améliorer l'équité dans la distribution des services spécialisés et de constituer les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie pour qu'elles puissent répondre réellement aux besoins des enfants, des jeunes et de leur famille, la norme fixée est de 1 poste temps complet par 12 000 habitants comme étant le ratio souhaité d'ici l'an 2002. Ce ratio inclut la coordination et le personnel clérical. Par contre, il exclut les pédopsychiatres et les omnipraticiens[2].

MESURE

- **La Régie régionale consolidera les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie pour qu'elles répondent à la norme de 1 poste temps complet par 12 000 habitants d'ici l'an 2002 (incluant la coordination et le personnel clérical et excluant les pédopsychiatres et les omnipraticiens).**

2L'équipe interdisciplinaire de pédopsychiatrie du CHCM fonctionne depuis quelques années avec un ratio d'un peu moins de 1 poste temps complet par 12 000 habitants. Cette équipe a été mise comme référence pour fixer la norme avec laquelle consolider l'ensemble des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie dans la région.

Objectif B

Rendre disponible sur les territoires desservis par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés la gamme complète des services spécialisés pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux.

La gamme de services spécialisés comprend les services suivants:

- ***L'évaluation pédopsychiatrique***

Il s'agit d'une évaluation globale des problématiques transitoires ou sévères de santé mentale par le pédopsychiatre ou par l'équipe de professionnels en vue d'énoncer le diagnostic différentiel de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille selon les classifications en vigueur (DSM-1V, CIM). Cette évaluation tient compte des composantes bio-psycho-sociales des maladies mentales. Les demandes d'évaluation sont de trois sources : la clinique externe sur référence médicale, le médecin traitant lors d'hospitalisation ou les équipes jeunesse intégrées.

- ***Le traitement spécialisé***

S'inspirant de l'approche bio-psycho-sociale reconnaissant la nature multifactorielle de la maladie mentale, les traitements spécialisés proposent diverses mesures thérapeutiques interdisciplinaires en externe aux enfants, aux adolescents et à leur famille. Il s'agit, entre autres, du traitement pharmacologique, psychothérapeutique individuel, de groupe ou familial, du traitement rééducatif, du counseling parental à l'acceptation du diagnostic, etc. Ces traitements sont requis principalement lors des phases aiguës de la maladie. Ils visent la stabilisation des symptômes, le rééquilibre psychique du jeune et la mobilisation de la famille à le supporter.

- ***L'hospitalisation pédiatrique et pédopsychiatrique***

L'hospitalisation pédiatrique (sous la responsabilité du médecin traitant avec accès à la consultation pédopsychiatrique) est un service qui répond à la très grande majorité des besoins en hospitalisation des enfants et des jeunes qui vivent des troubles mentaux. Pour ceux qui ont besoin d'une hospitalisation pédopsychiatrique, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés utiliseront des corridors de services avec des centres hospitaliers en dehors de la région.

- ***L'expertise médico-légale:***

L'expertise médico-légale est un avis médical sur la santé mentale d'un enfant, d'un jeune et de sa famille. Elle est demandée par une autorité judiciaire ou administrative pour l'éclairer dans l'application d'une loi. L'expertise médico-légale s'applique en matière criminelle.

- ***L'expertise psycho-légale***

Un comité inter- ministériel « justice - santé et services sociaux » a été mis sur pied pour étudier la question de l'expertise psycho-légale. Ce comité est présidé par le juge en chef et celui-ci déposera ses recommandations dans les mois qui viennent. Suite à ces recommandations, la Régie régionale pourra définir l'organisation de ces services pour la région.

- ***Le support clinique auprès des intervenants et des professionnels des territoires***

Il est important que les intervenants et les professionnels qui offrent les services de base aient accès à des ressources qui agiront, au besoin, comme soutien clinique auprès d'eux. Même s'ils ont la compétence et les capacités d'agir auprès de leur clientèle, ils devraient pouvoir compter sur l'appui d'une ressource experte s'ils le jugent nécessaire.

- ***La formation des intervenants et des professionnels des territoires***

Vu l'expertise et les connaissances que possèdent les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie, elles pourront participer, au besoin, à la formation des intervenants et des professionnels des services de base.

Presque tous ces services existent actuellement, mais certains d'entre eux, comme l'évaluation pédopsychiatrique et le traitement spécialisé, ne sont accessibles qu'après une attente de plusieurs mois. Ce problème d'accessibilité aux services pourra s'atténuer quand les services de base seront en place dans chacun des territoires, les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie des centres hospitaliers seront consolidées et quand des liens fonctionnels efficaces seront établis entre les services de base et les services spécialisés.

MESURES

- **Confier aux équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie le mandat d'offrir l'évaluation pédopsychiatrique, le traitement spécialisé, l'hospitalisation pédiatrique et pédo-psychiatrique, le support clinique et la formation auprès des intervenants et des professionnels des territoires.**
- **La Régie régionale, en concertation avec les CHSGS, devra développer un corridor de services avec un CH hors région pour répondre aux besoins d'hospitalisation pédopsychiatrique de notre région.**
- **Confier au CHCM le mandat d'offrir les services d'évaluation médico-légale en matière criminelle.**
- **Confier le mandat aux équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie de définir les mécanismes d'accès aux services spécialisés et de les faire connaître aux intervenants et aux professionnels des services de bases et à la population.**

Objectif C

Assurer aux jeunes qui vivent des problématiques multiples et qui ne peuvent pas fonctionner (à cause de leur pathologie) dans un centre de réadaptation des Centres jeunesse, des services d'hébergement, de traitement et de suivi qui répondent à leurs besoins.

Dans la région, quelques jeunes qui vivent des pathologies lourdes (un ou deux diagnostics psychiatriques associés à des troubles de comportement, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle) sont incapables de s'intégrer aux unités du centre de réadaptation des Centres jeunesse. Pour ces jeunes, la vie de groupe est extrêmement difficile, augmente souvent la désorganisation et les symptômes psychiatriques et provoque le rejet de la part des autres jeunes. Par contre, ils ont besoin de services de traitement, de suivi et d'hébergement qui répondent à leurs besoins spécifiques.

Le groupe de travail que la Régie régionale a mis en place en octobre 1998 recommandait de ne pas créer une ressource intermédiaire structurée pour ces jeunes. Cette ressource serait trop onéreuse en regard du peu de jeunes susceptibles de l'utiliser. Le comité recommandait plutôt d'offrir à ces jeunes des services spécifiques adaptés à chacun d'eux.

Une analyse préliminaire nous indique qu'un nombre de huit places/année répondrait aux besoins de la région.

MESURES

- **La Régie régionale libérera une enveloppe budgétaire spécifique pour offrir des services d'hébergement, de traitement et de suivi adaptés à chacun des jeunes qui ont une problématique multiple et qui ne peuvent pas fonctionner dans un centre de réadaptation des Centres jeunesse.**
- **Confier le mandat aux Centres jeunesse de gérer cette enveloppe avec la collaboration des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie.**

Chapitre 4 : Adultes présentant des troubles mentaux graves

État de situation

En 1997, le document ministériel sur les orientations pour la transformation des services de santé mentale précisait que les troubles mentaux qualifiés de sévères et persistants affectent entre 2 et 3 % de la population. Ce groupe de personnes consomme près de 80 % des journées d'hospitalisation psychiatrique au Québec, soit dans les centres hospitaliers psychiatriques ou dans les départements de psychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Actuellement, ces personnes très vulnérables ainsi que leur famille et leurs proches se retrouvent souvent sans soutien dans leur milieu de vie. Les atteintes des troubles mentaux graves et leurs effets dans la vie quotidienne portent généralement sur de longues périodes. De plus, une des caractéristiques de ces personnes réside dans le fait que plusieurs d'entre elles vivent l'isolement, méconnaissent les services ou se refusent à une démarche pro-active.

Historiquement, les services que le réseau pouvait offrir à ces personnes se résumaient à une intervention de type traditionnel, telle l'hospitalisation, le suivi en clinique externe, le centre de jour, etc.

Dans la région, les services d'hébergement, de travail, de suivi non intensif dans la communauté et de développement des habiletés de vie quotidienne et sociale ont été développés ou consolidés par des organismes communautaires, les CHSGS ou le centre hospitalier psychiatrique. Certains organismes communautaires ont pris l'initiative d'offrir certains services de type logement social. Ces services restent encore inégalement accessibles pour soutenir et maintenir les personnes dans leur milieu de vie.

Concernant l'intervention de crise, ce service s'avère encore largement assumé par le réseau de soutien social des personnes, la sécurité publique et les urgences des CHSGS.

Le volet soutien aux familles et aux proches (entraide et répit) est à l'étape de consolidation. Quant à la ressource centre de jour, il semble y avoir un certain dédoublement, compte tenu que certaines activités composant cette ressource sont offertes autant par le milieu communautaire que par le milieu institutionnel.

En regard des services hospitaliers psychiatriques ambulatoires, chaque territoire dispose de services diversifiés (urgence psychiatrique, clinique externe, hôpital de jour et support aux partenaires du milieu).

Les sous-régions de Shawinigan et de Trois-Rivières possèdent des organisations structurées (C.I.C.) qui sont en mesure d'offrir du suivi intensif en équipe. Ce type de service n'est pas actuellement disponible dans l'ensemble des territoires.

En regard des services d'hospitalisation, l'ensemble des CHSGS adhèrent aux orientations régionales et ministérielles concernant le ratio lits/personnes et reconnaissent l'utilisation de l'hospitalisation comme ultime recours.

Le nombre de lits (74) du CH psychiatrique (CHCM/site Sainte-Thérèse) correspond à la norme ministérielle. Des projets de développement de ressources résidentielles ont été concrétisés et d'autres sont en cours pour permettre à un certain nombre de personnes ayant un long profil d'hospitalisation de réintégrer la communauté. L'évaluation de l'ensemble de la clientèle

hospitalisée a été effectuée et un rapport, faisant état des résultats a été présenté au comité de pilotage stratégique en santé mentale à l'automne 1998.

En matière de concertation, de complémentarité et de continuité des services, certaines difficultés rencontrées restent souvent d'ordre administrative et politique plutôt que terrain. Ces difficultés proviennent souvent des préoccupations idéologiques, corporatives ou structurelles.

Par ailleur, la collaboration intersectorielle attendue entre les partenaires concernés par les domaines du logement, du travail et du revenu devra être améliorée.

La parution récente du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (décembre 1998) précise que l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux graves et l'accès à des services dans leur milieu de vie demeurent les avenues privilégiées pour le développement des services de santé mentale.

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entérine les objectifs et mesures préconisés dans le document ministériel de 1998. Elle prend également en compte, pour définir les principales orientations et actions régionales les résultats du groupe de travail qui a analysé l'état de la question concernant les adultes présentant des troubles mentaux graves.

Le chapitre suivant porte sur les mesures appropriées pour opérationnaliser ces orientations en regard des services suivants :

- suivi intensif en équipe;
- suivi non intensif;
- intervention en situation de crise;
- soutien pour la réponse aux besoins de subsistance;
- Organisation des services hospitaliers psychiatriques ambulatoires;
- Hospitalisation;
- entraide;
- soutien aux familles et aux proches;
- loisirs, éducation et accès au travail.

Traitement dans la communauté

Comme en fait mention le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, le traitement dans la communauté emprunte différentes formes. C'est un ensemble d'actions et de moyens qui visent essentiellement le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes.

En plus des ressources de la pratique privée, les cliniques externes, les hôpitaux de jour, les centres de jour, les équipes de CLSC et les organismes communautaires offrent des services de traitement dans la communauté.

ORIENTATION 5

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place ou consolider neuf types de services pour les adultes présentant des troubles mentaux graves et ce, le plus près possible de leur milieu de vie.

Objectif A

Développer et consolider le suivi intensif en équipe.

Le suivi intensif en équipe

Le suivi intensif en équipe vise les personnes les plus gravement atteintes et les plus vulnérables. Plusieurs d'entre elles présentent des problèmes complexes (polytoxicomanie, déficience intellectuelle, judiciarisation, itinérance).

Le concept de suivi intensif en équipe repose sur la prise en charge continue, par une équipe interdisciplinaire, des services requis par ces personnes.

À l'instar du modèle des C.I.C., l'approche utilisée vise la réappropriation par la personne de toutes les dimensions de sa vie. Concrètement, cette approche se traduit par l'accompagnement de la personne pour l'obtention des différents services communautaires et du réseau nécessaire à son intégration maximale. À long terme, le service offert vise le développement graduel, selon les capacités et le rythme de la personne, de son autonomie et ses habiletés à obtenir par elle-même une réponse à l'égard de ses besoins. L'intervention s'élargit également au réseau familial et aux proches de la personne pour les supporter dans leur interaction et leur rôle potentiel d'aidant naturel.

Ce type d'intervention, qui de prime abord semble relativement simple, s'avère dans la réalité extrêmement exigeant, compte tenu du haut niveau de complexité de la symptomatologie et des problématiques multiples présentées par ces personnes.

Ce type de suivi s'accompagne d'une responsabilité à l'égard de la clientèle-cible qui se manifeste par un soutien constant et continu dans les diverses dimensions de son environnement immédiat. Les liens nécessaires avec la famille, le voisinage, l'employeur et tous prestataires de services font partie intégrante de cette responsabilité. Le nombre de contacts pour cette clientèle-cible peut même être quotidien et varier de 2 à 4 heures chacun.

Ce service spécialisé de traitement dans la communauté vise à suppléer à des hospitalisations trop longues ou encore à prévenir le phénomène de la porte tournante. Pour ce faire, il doit compter sur une équipe d'environ dix intervenants par 100 000 habitants.

Afin de pouvoir offrir des serevices de qualité dans la communauté, le modèle d'organisation exige la constitution d'une masse critique d'expertise (équipe stable, formée et en nombre suffisant). Elle nécessite une densité de population en raison du faible taux de prévalence de cette clientèle.[3]

L'engagement seul d'une équipe de suivi intensif dans un territoire ne saurait suffire pour répondre aux besoins complexes de la clientèle cible. La clé du succès, en regard de l'atteinte de fluidité et d'intégration territoriale du service spécialisé de suivi intensif en équipe, repose sur la coopération de l'ensemble des partenaires en matière de concertation et de coordination.

Le rattachement administratif des équipes de suivi intensif au CHCM (vocation régionale en santé mentale), fut une des conditions de succès et d'efficience des premières expériences de suivi intensif dans la région, à l'instar du modèle PACT. Ce constat a également été reconnu aux niveaux ministériel et provincial. La présence de services intégrés de suivi intensif implantés depuis sept ans à la satisfaction des différents partenaires, dans la sous-région du Trois-Rivières métropolitain, démontre l'exportabilité de ce modèle d'organisation.

Comme le recommande le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ), dans son rapport de mai 1999, le modèle suivi intensif en équipe qui sera mis en place dans notre région, devra se rapprocher le plus possible du modèle original ACT (Assertive Community Treatment) originellement développé aux Etats-Unis.

---

[3] Dans le modèle de suivi intensif en équipe, le ratio d'intervenants est de 1 pour 10 personnes suivies. Pour identifier le taux de prévalence des personnes nécessitant un suivi intensif en équipe, la norme de 0,6 à 1 par 1000 habitants doit être appliquée (selon le Conseil d'évaluation des technologies de la santé).

MESURES

- **Confier au CHCM (vocation régionale en santé mentale), le mandat de l'organisation du suivi intensif en équipe dans la région et l'imputabilité des résultats en regard de ces services spécialisés et ce, en lien étroit avec l'ensemble des partenaires.**
- **Implanter le suivi intensif en équipe (5 équipes pour la région) et rendre ces services accessibles dans chacun des territoires, en tenant compte des caractéristiques du milieu (rural ou urbain), de la densité et de la pondération de la population à desservir.**

  Regroupements des territoires :

  - *Haut-St-Maurice*
  - *Centre-Mauricie, Mékinac/Des Chenaux*
  - *Les Forges, Du Rivage, Valentine-Lupien, Nicolet-Yamaska, Les Blés d'Or*
  - *Suzor-Côté, de l'Érable*
  - *Drummond*
- **La Régie régionale assurera l'évaluation du fonctionnement des équipes de suivi intensif en regard de l'atteinte de fluidité et d'intégration territoriale de ce service dans le continuum ainsi que de l'efficacité et l'efficience de l'organisation, du suivi intensif en équipe, en regard des quatre volets suivants : impact sur le profil d'hospitalisation, le taux de satisfaction de la clientèle, des partenaires et des intervenants. Cette évaluation aura lieu minimalement trois ans après l'implantation de ces services.**

Objectif B

Rendre accessible le suivi non intensif sur chaque territoire

Pour les personnes moins gravement atteintes, le suivi communautaire d'intensité moindre est effectué par des individus plutôt que par des équipes.

L'évolution récente du suivi intensif en équipe ne doit pas rendre inopérant les autres formes de suivi non intensif dans la communauté, mais permettre une diversité des programmes de suivi dans la communauté. Le type de suivi se fera en fonction de l'intensité et de la nature des services requis par la clientèle et non fonction des choix idéologiques. Les besoins de suivi relativement moins intensifs en termes de présence quotidienne et d'encadrement dans le milieu sont aussi importants, même s'ils sont différents.

La pratique du suivi non intensif dans la communauté émerge autant de différents groupes communautaires que d'établissements publics.

Ce type de suivi n'est pas exclusif à une équipe, un établissement, un organisme ou un type de réseau.

Ce type de suivi vise l'intégration de la personne dans la société et favorise davantage l'intégration à l'emploi, l'autonomie dans la vie quotidienne, la gestion du budget, etc. Le degré d'engagement de l'intervenant variera évidemment selon les besoins des personnes.

Des mécanismes de liaison interactifs, par exemple des rencontres de concertation et d'échanges avec les différents partenaires concernés et la personne, permettront l'ajustement de l'intensité des services requis par celle-ci.

Le nombre d'usagers suivis par un seul intervenant varie selon les aptitudes et les besoins des usagers.[4]

MESURE

- **Confier aux CLSC le mandat d'initier la concertation territoriale pour mettre en place les mécanismes propices à garantir l'accès aux services de suivi non intensif sur chaque territoire.**

Objectif C

Assurer la disponibilité, en tout temps, de l'intervention en situation de crise pour la clientèle atteinte de troubles mentaux graves, ainsi que pour leur famille et leur proches.

Voir le Chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise.

Objectif D

Consolider les services de soutien pour la réponse aux besoins de subsistance.

Pour certaines personnes souffrant de troubles mentaux graves, il est difficile de trouver une réponse adéquate aux besoins essentiels de l'existence, tels que se loger, se vêtir et se nourrir.

[4] Aucune norme validée n'existe quant à la détermination de ratios standardisés pour ce type de suivi. Cependant, la littérature démontre une tendance à l'effet que 1 intervenant pour 25 usagers serait pertinent pour un suivi de réadaptation et que 1 intervenant pour 35 à 50 usagers serait applicable pour d'autres types de suivi.

Les services dans la communauté doivent soutenir ces personnes dans la satisfaction de leurs besoins quotidiens.

Les personnes ayant des troubles mentaux graves préfèrent vivre dans des milieux de vie autonome. La diversité et l'assurance de normes minimales de qualité doivent être de mise dans l'accès au logement. Il est nécessaire de mettre en place des ressources rendant disponible différentes formules d'accès au logement, dont le logement social subventionné.

Le soutien à la personne aide à assurer sa stabilité. La présence d'une personne significative favorise un rehaussement de la qualité de vie. Le suivi dans la communauté et l'accompagnement doivent être accessibles à la personne, peu importe le type de milieu de vie qu'elle privilégie, afin de favoriser la qualité de ses rapports avec son environnement. L'intensité du soutien varie selon les besoins des personnes.

L'exercice du libre choix par les personnes résulte en une meilleure satisfaction à l'égard de leur milieu de vie, une plus grande stabilité résidentielle et un meilleur bien-être émotionnel.

Les personnes présentant une autonomie moins grande ou pour qui le mode de vie en logement ne convient pas doivent pouvoir compter sur une gamme de ressources résidentielles diversifiées et graduées (résidences d'accueil, ressources intermédiaires ou résidences d'hébergement communautaire). Le Chapitre 10 présente les orientations et mesures concernant le réseau résidentiel.

Le but ultime de la consolidation des services de soutien pour la réponse aux besoins de subsistance est que chaque personne atteigne son plus haut niveau de fonctionnement autonome au sein du continuum de services résidentiels.

MESURES

- **La Régie régionale soutiendra des actions intersectorielles dans le domaine du développement de différentes formules d'accès au logement dont le logement social subventionné.**
- **La Régie régionale verra à préciser les rôles et fonctions des organismes communautaires mandataires en matière de développement de différentes formules d'accès au logement dont le logement social subventionné.**
- **Confier à deux organismes communautaires (l'un en Mauricie, l'autre au Centre-du-Québec) sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat de développer différentes formules d'accès au logement dont le logement social subventionné.**
- **Les organismes et établissements responsables des sevices de suivi dans la communauté rendront ces services accessibles aux résidents du réseau de logements qui sera développé.**

Objectif E

Améliorer l'organisation des services hospitaliers psychiatriques ambulatoires

La transformation des services doit permettre que se poursuivent et se développent les activités de traitement dans la communauté. Plusieurs études ont démontré qu'on peut réduire le nombre d'admissions à l'hôpital, pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves ainsi que le taux de réhospitalisation, en faisant appel à des modèles innovateurs.

Il est important de fournir différentes formes de traitement de façon coordonnée et continue faisant partie d'un réseau intégré de services.

La clientèle appelée à requérir les services hospitaliers psychiatriques ambulatoires feront appel à des compétences spécifiques d'intervenants et d'équipes spécialisées qui nécessitent une centralisation de l'expertise, un encadrement clinico-administratif rigoureux, des infrastructures qui favorisent la continuité du traitement et les liens avec d'autres services spécialisés.

Les services hospitaliers psychiatriques ambulatoires comprennent :

- Urgence psychiatrique : demande faite par un médecin d'évaluer une personne dont la problématique exige l'expertise du psychiatre.
- Clinique externe : où l'on assurera le suivi médical des patients.
- Suivi intensif en équipe (voir Objectif A, page 53).
- Services de consultation : évaluation non urgente d'une personne référée par un médecin, pour expertise.
- Services alternatifs à l'hospitalisation (hôpital de jour, centre de traitement spécialisé, unité de réadaptation intensive) : regroupent des activités d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi, principalement pour des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Ils s'adressent aussi à des personnes en état de crise psychique entraînant une désorganisation majeure par rapport à leur niveau de fonctionnement antérieur, ou des personnes qui risquent de traverser une telle crise. Les personne inscrites à ce service reçoivent un traitement actif basé sur une évaluation médicale ou psychiatrique.

Ces services doivent mettre l'accent sur une réponse adaptée aux besoins évolutifs des personnes présentant une symptomatologie persistante et complexe, en favorisant pour ces dernières une participation communautaire soutenue.

Même s'ils doivent maintenant être dispensés majoritairement sur une base ambulatoire, ne doivent pas être banalisés les soins et services psychiatriques. On ne saurait s'improviser expert sans entraîner des conséquences néfastes pour l'usager et son entourage.

MESURES

- **Confier aux CHSGS le mandat de réévaluer le mode d'organisation de leurs cliniques externes ainsi que leur programmation, afin d'ajuster leurs activités en concordance avec les besoins évolutifs de la clientèle et en tenant compte de la nature spécialisée des services qu'ils doivent offrir.**
- **Confier aux CHSGS le mandat de développer des services spécifiques pour les clientèles à problématiques multiples et ce, en complémentarité avec les partenaires du milieu.**
- **Confier aux CHSGS le mandat de prioriser le développement de programmation spécialisée à l'égard des jeunes psychotiques et des personnes présentant des troubles de personnalité limite dans les cliniques externes.**
- **La Régie régionale verra au développement d'une expertise médicale régionale en matière de monitorage des nouvelles molécules pharmaceutiques et rendra accessible leur utilisation dans toute la région.**

- **Confier aux CHSGS le mandat de privilégier le développement de centres de traitements spécialisés ambulatoires (type hôpital de jour), en alternative à l'hospitalisation et d'évaluer l'efficience de ce service en**

matière d'impact sur le profil d'hospitalisation et la satisfaction de la clientèle.

Objectif F

Utiliser avec efficience les services d'hospitalisation

Il est maintenant acquis que l'hospitalisation doit servir en priorité les personnes dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui ou qui présentent des problèmes complexes à traiter. Les services d'hospitalisation demeurent une composante essentielle du réseau de services en santé mentale.

La diminution anticipée des lits, de la durée de séjour ainsi que du nombre d'hospitalisations aura pour effet d'augmenter la complexité et la lourdeur de la clientèle hospitalisée. Une révision des bases budgétaires concernant les coûts d'opération des lits d'hospitalisation sera donc nécessaire.

La mise en place d'une gamme de services diversifiés et d'intensité variable dans la communauté permet une réduction des durées de séjour hospitalier. Les personnes maintenues en établissement pendant de longues périodes ont généralement plus de difficultés à s'intégrer en société. Les besoins de services des personnes hospitalisées en longue durée varient beaucoup. Certaines personnes pourront intégrer différents milieux de vie, avec du soutien et de l'accompagnement d'intensité variée. Pour d'autres, la mesure ultime d'hospitalisation de long séjour est nécessaire en raison de la persistance, la complexité et le degré de sévérité de leur maladie.

Par ailleurs, le Québec vise à atteindre d'ici trois ans une durée moyenne de séjours de vingt jours en soins d'hospitalisation psychiatrique de courte durée. En santé mentale, l'organisation des services requiert un équilibre entre l'accès à des services dans la communauté et des services d'hospitalisation. Il est donc impératif que la planification de la décroissance des lits s'actualise de façon cohérente et en parallèle avec le développement de services ambulatoires.

La *Politique de santé mentale* indique une intention claire de diminuer l'hospitalisation et d'intensifier le recours à des solutions dans les milieux de vie. Ainsi, les balises ministérielles projettent de consacrer 60 % de l'enveloppe budgétaire santé mentale à des services disponibles dans la communauté, et 40 % à l'hospitalisation.

Les lits d'hospitalisation de courte durée sont confiés au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, à l'Hôpital Ste-Croix, à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, au Carrefour de la santé et des services sociaux du Haut-St-Maurice et au Complexe de la santé et des services sociaux Nicolet-Yamaska.

MESURES

- **La Régie régionale établira l'offre de services en lits d'hospitalisation de traitement de courte durée pour la région à 80 lits d'ici 4 ans, selon la décroissance suivante :**

  Mars 1999 : 120 lits
  Mars 2001 : 100 lits

Mars 2003 : 80 lits.

- La Régie régionale établira l'offre de services en lits d'hospitalisation de traitement de longue durée (vocation régionale au CHCM) pour la région à 50 lits d'ici 4 ans, selon la décroissance suivante :

  Mars 1999 : 70 lits
  Mars 2001 : 60 lits
  Mars 2003 : 50 lits.

- La Régie régionale maintiendra, pour une période minimale de deux ans, 4 lits de courte durée au site principal du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, le temps de permettre au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières d'assurer le service d'hospitalisation courte durée pour le territoire, de mettre en place des alternatives à l'hospitalisation (exemples: ressources communautaires d'hébergement, consolidation financière du groupe d'entraide).
- Le CHCM (vocation régionale) maintiendra 15 lits régionaux médico-légaux et 5 lits régionaux en déficience intellectuelle et en santé mentale.
- La Régie régionale évaluera en l'an 2001 l'impact de la décroissance des lits et le niveau d'implantation des services mis en place comme alternative à l'hospitalisation pour statuer sur le niveau optimal de lits à atteindre d'ici l'an 2003 et sur le réalisme du rythme de décroissance planifié.
- La Régie régionale garantira une enveloppe budgétaire de transition pour le développement ou la consolidation d'une gamme de services alternatifs préalable à la fermeture des lits d'hospitalisation.
- Confier aux CHSGS le mandat d'atteindre, d'ici 3 ans, une durée moyenne de séjour hospitalier psychiatrique de 20 jours.
- La Régie régionale verra à atteindre la norme ministérielle qui propose que la majorité des investissements des dépenses publiques soient consacrées à des services dans la communauté.

Objectif 6

Consolider l'organisation des services d'entraide usagers

Le soutien par les pairs est reconnu comme un modèle d'entraide efficace. Les groupes d'entraide usagers favorisent le développement personnel en suscitant la participation à des activités de développement d'habiletés de vie quotidienne. Des activités liées à la vie associative y sont encouragées.

Leurs champs d'action touchent le développement ou le maintien du potentiel personnel de chacun, tout en favorisant leur réinsertion à l'aide d'activités sociales, culturelles, récréatives, éducatives, artistiques et sportives.

Plusieurs personnes en phase de stabilisation ont également besoin d'aide pour établir des contacts avec les ressources de type centre de jour, entre autres pour le développement des habiletés personnelles et la resocialisation.

Certaines personnes sont appelées à fréquenter le groupe d'entraide usagers pour une très longue période. Pour celles-ci, il est nécessaire de revoir périodiquement la programmation de manière à stimuler leur intérêt et leur évolution.

Les activités sont offertes le jour, le soir ou la fin de semaine, selon la disponibilité des ressources de l'organisme. Les activités de fin de semaine sont souvent absentes par manque de ressources, mais très appréciées et très en demande par les personnes qui fréquentent les groupes d'entraide usagers.

Le centre de jour peut être rattaché à un établissement ou être un organisme à but non lucratif. Idéalement, il devrait relever d'un organisme communautaire afin de renforcer l'ancrage social.

MESURE

- **Confier aux organismes communautaires d'entraide usagers, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, l'élargissement de leur mission par l'ajout de la gestion des activités de centre de jour et consolider leur budget d'opération afin qu'ils soient en mesure d'offrir ce type de service.**

Objectif H

Reconnaître les familles et les proches comme des partenaires privilégiés du réseau intégré de services

Les familles s'attendent à recevoir de l'information, du soutien et des conseils sur la façon d'aider leurs proches. Le rôle que souhaitent jouer les parents et les proches est celui d'accompagnateur. Une façon de les supporter dans ce rôle est de développer des contacts entre les familles dans un contexte d'entraide. La vitalité et le bien-fondé des associations de parents et leurs proches ne fait aucun doute.

Pour supporter les familles et leurs proches dans leur quotidien, il est primordial que tous les intervenants du réseau et les organismes communautaires prennent le temps de les informer et de les référer aux associations de famille.

Par ailleurs, les groupes d'entraide famille se préoccupent de la sensibilisation et de l'information auprès du public, indispensables pour enrayer les tabous et les préjugés face à la maladie mentale.

La famille demeure l'un des principaux milieux de vie des personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Ce sont souvent les femmes qui jouent le rôle d'accompagnateur et de soutien. De ce fait, elles doivent, tout comme les autres membres de la famille jouant ce même rôle, avoir accès à des services de répit et à des groupes d'entraide.

Pour certaines personnes, des femmes et des hommes atteints de troubles mentaux graves, le fait d'être parent vient ajouter à la complexité de leur situation. Il faut s'assurer que des ressources sont disponibles pour qu'ils puissent s'occuper de leurs enfants ou les faire garder en toute sécurité.

MESURES

- **La Régie régionale mènera, avec les CLSC et les groupes d'entraide famille, dès l'adoption des orientations en santé mentale, des travaux afin de déterminer les critères d'accès et d'allocation du programme répit/dépannage/adultes, ainsi que les mécanismes de fonctionnement pour leur attribution. Suite à ces travaux, la Régie régionale déterminera à qui sera confié la gestion de ce programme.**
- **La Régie régionale évaluera, en mars 2001, l'efficacité et le fonctionnement du programme répit/dépannage/adulte.**
- **Confier aux CLSC la responsabilité de s'assurer que les équipes jeunesse intégrées voient à l'émergence d'un programme conjoint (services enfance-jeunesse et services adulte en santé mentale) spécifique à la formation, la sensibilisation et l'intervention auprès des mères et pères présentant des troubles mentaux.**

Objectif I

Reconnaître l'importance des activités significatives et de l'accès au travail comme facteur primordial de réinsertion sociale

L'occupation à des activités significatives tels les loisirs et l'éducation sont jugées thérapeutiques. Le travail est considéré comme une voie privilégiée de réhabilitation et de réinsertion sociale.

Le modèle à développer est davantage l'exercice du droit au travail plutôt que celui de l'intégration à l'emploi. L'accès au travail devient une activité qui aide la personne à augmenter l'estime de soi tout en lui donnant un but et un moyen de s'accomplir.

Les conditions de succès d'un programme d'accès au travail sont :

- le respect des préférences des personnes;
- l'accompagnement dans le milieu de travail pour permettre l'acquisition d'habiletés;
- un milieu de travail souple et facile à adapter;
- un soutien à la personne qui est continu, individuel et sans limite de temps.

Le soutien doit idéalement venir d'un individu de confiance qui connaît la situation de la personne, son fonctionnement et ses anxiétés et qui peut déceler les symptômes précurseurs d'une désorganisation. Les échecs au travail sont souvent causés par des événements qui se produisent hors du milieu de travail. La coordination et la complémentarité avec les autres services ainsi qu'un soutien hors des heures de travail sont essentiels.

Les actions intersectorielles menées par plusieurs acteurs doivent viser l'engagement, au-delà de leur provenance, idéologie et champs d'action, vers une cible commune menant à des résultats concrets en matière d'insertion et de maintien au travail.

Le travail occupe une position centrale dans la vie des gens. Son importance pour le maintien du bien-être psychologique est reconnue depuis longtemps. Il existe diverses formes d'accès au travail, comme par exemple une corporation de travail constituée en réseau et offrant des activités alternatives d'accès au travail pour les personnes présentant des troubles mentaux graves. Cette forme d'économie sociale qui vise à rapprocher le développement économique et social représente une avenue fort intéressante pour l'insertion en milieu de travail des personnes qui manifestent des troubles mentaux graves.

MESURES

- **La Régie régionale suscitera des actions intersectorielles dans le domaine de l'accès au travail.**
- **La Régie régionale supportera prioritairement des actions qui visent l'exercice du droit au travail en identifiant un porteur de dossier accès au travail et santé mentale.**
- **Confier à deux organismes communautaires ayant une expertise en matière d'intégration au travail, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat de développer deux corporations d'accès au travail (une en Mauricie, l'autre au Centre-du-Québec) avec dispensation décentralisée des services en fonction d'un bassin de population suffisant.**

ORIENTATION 6

La régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend s'assurer de la réalisation adéquate du processus de réinsertion sociale pour l'ensemble de la clientèle de santé mentale de l'Hôpital St-Julien.

Objectif A

S'assurer de l'accessibilité à l'éventail des services ambulatoires et résidentiels requis pour la clientèle présentant des troubles mentaux graves, actuellement hébergée à l'Hôpital St-Julien.

En 1998, un groupe d'experts a été mandaté par la Régie régionale pour procéder à une évaluation clinique des personnes présentant des troubles mentaux graves. Les résultats de ce processus ont été présentés aux instances régionales et aux différents partenaires concernés, en février 1999.

Les données du rapport d'évaluation permettront de faciliter l'élaboration des plans d'intégration individualisés pour chaque personne concernée, l'identification des services à développer dans la communauté et ainsi réunir les conditions nécessaires à leur réinsertion sociale. L'adaptation et la transformation des ressources humaines constituent un défi important à relever pour la réussite de ce projet.

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre sur pied un comité multipartite composé de représentants du Ministère, de la Régie régionale Chaudière-Appalaches, de l'Hôpital St-Julien, de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que des établissements receveurs. Ce comité assurera, entre autres par le dépôt des rapports d'étapes de l'Hôpital St-Julien, le suivi de l'évolution du projet d'intégration des usagers et se penchera tout particulièrement sur la question des coûts de transition. À ce comité pourront s'adjoindre, de façon ad hoc, différents partenaires du projet.

MESURES

- **Confier à l'Hôpital St-Julien la responsabilité d'élaborer et de réaliser, en lien étroit avec le CHCM (vocation régionale en santé mentale) et les autres partenaires concernés, un plan d'action faisant état de la planification de la réinsertion des personnes ayant des troubles mentaux graves et ce, en conformité avec les orientations régionales et ministérielles.**
- **La Régie régionale prévoira une stratégie de financement qui permettra le développement du continuum de services ainsi que le financement des mécanismes de transitions nécessaires au succès de ce projet (formation, réseau résidentiel, suivi dans la communauté, etc.)**
- **Confier au CHCM (vocation régionale en santé mentale), en lien étroit avec l'ensemble des partenaires, le mandat de maintenir les personnes dans la communauté suite à leur réinsertion.**

Chapitre 5 : Personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée

État de situation

Plusieurs documents provinciaux et régionaux aident à baliser l'organisation des services en santé mentale. Ainsi, *le PROS en santé mentale, le Plan de transformation* ainsi que le *Projet de consolidation 1999-2002* de la Régie régionale démontrent l'importance d'élargir la clientèle cible aux autres personnes ayant des problèmes de santé mentale même si les orientations ministérielles priorisent la clientèle souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Conséquemment, des actions seront mises de l'avant, afin de rendre accessibles des services de base aux clientèles présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.

La clientèle :

Environ 15 % de la population souffre de troubles mentaux transitoires ou persistants. Le contexte socio-économique actuel explique en partie cette progression. Selon les données statistiques du rapport de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, la clientèle à risque ou présentant des problèmes de santé mentale a progressé pour atteindre un taux de détresse psychologique de 29 %. Les données de *l'Enquête Santé Québec* démontrent que, dans tous les groupes d'âge, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se retrouver à un niveau élevé dans l'échelle de détersse psychologique. L'écart entre les hommes et les femmes se creuse davantage pour les 15 à 24 ans et chez les personnes de 65 ans et plus.

Ainsi, de l'avis du comité régional aviseur sur les conditions de vie des femmes, le sexe des personnes est de plus en plus reconnu comme un déterminant des troubles transitoires ou de la santé mentale menacée et ce, à tous les âges de la vie.

Le contexte social et la pauvreté expliquent en partie la progression de la détresse psychologique. Pour les femmes, il faut ajouter des conditions telles que la monoparentalité, la solitude et l'isolement, le soutien des proches aux prises avec des difficultés de santé, l'exercice des professions de relation d'aide et la violence sexuelle ou conjugale.

La détresse psychologique constitue un facteur déterminant aux professionnels des services sociaux et de santé. Les Québécois ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont eu plus fréquemment recours aux services de médecins (18 % vs 14 %) et aux autres professionnels (18 % vs 13 %) que les autres Québécois. Les informations contenues dans *l'Enquête Santé Québec* indiquent que les femmes consomment deux fois plus de médicaments que les hommes et se voient prescrire deux fois plus de tranquillisants qu'eux. Les personnes à faible revenu consultent davantage les médecins alors que le recours aux autres professionnels augmente avec le niveau de revenu et le niveau de scolarité. De façon plus spécifique, les personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont été plus nombreuses que les autres personnes à consulter un psychologue (1,9 % vs 0,5 %).

Les informations contenues dans *l'Enquête Santé Québec* indiquent que 64 % des consultations ont lieu en cabinet privé, 11 % à la clinique externe d'un hôpital, 5 % dans un CLSC, 5 % à l'urgence d'un hôpital et 4 % à domicile.

Les besoins :

Concernant l'implantation des services de base pour cette clientèle, des difficultés entourant la définition du concept de services de base en ont retardé le développement. De plus, les services d'intervention en situation de crise ne sont pas suffisamment implantés, ce qui entraîne fréquemment une utilisation inadéquate des services d'urgence en milieu hospitalier.

Un groupe de travail régional, mis en place par la Régie régionale en octobre 1998, a conduit des travaux portant spécifiquement sur les personnes présentant des troubles transitoires et sur celles dont la santé mentale est menacée. Il a identifié certaines lacunes existantes dans l'offre de service actuelle. Ainsi, des améliorations sont souhaitées sur les aspects suivants : la réponse à la crise, l'évaluation des besoins, les interventions thérapeutiques, les mécanismes d'accès rapides à une consultation médicale, des moyens pour briser l'isolement de la clientèle et la considération des familles et des proches dans le plan d'intervention.

Les services à implanter :

Les services de base doivent être en mesure d'offrir aux personnes le soutien émotionnel et matériel nécessaire pour les aider à développer des stratégies adaptatives. Ils doivent également les amener, dans une perspective d'appropriation de pouvoir, à améliorer leurs conditions de vie personnelles, familiales et collectives. Pour l'atteinte de ces objectifs auprès des femmes, les services qui leur sont offerts doivent être adaptés aux réalités, aux besoins et aux conditions des femmes.

Les services de base comprennent l'accueil, le dépistage, l'évaluation, la réponse aux besoins ou encore l'orientation vers une autre ressource si nécessaire. Ils doivent être en mesure d'assurer la continuité des services, d'offrir une réponse à la crise, des interventions psychosociales, du traitement psychologique, du suivi non intensif dans la communauté, du soutien et de l'entraide, du répit et du dépannage, etc.

L'implantation des services de base doit prioritairement servir à aider les personnes vivant des situations à risque : les personnes cumulant plusieurs facteurs de risque, celles sans soutien social, économiquement démunies, sans travail ou isolées. Or, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter ces facteurs de risque. Par ailleurs, les services de base doivent aussi servir à soutenir les proches de ces personnes, qui sont le plus souvent des femmes.

Orientation 7

La Régie régionale Mauricie et du Centre-du-Québec entend définir le type et la nature des services de base pour les personnes présentant des troubles transitoires ou pour les personnes dont la santé mentale est menacée et les implanter sur chacun des territoires.

Objectif A

Mettre en place sur chaque territoire la gamme complète des services de base en santé mentale pour les adultes présentant des troubles transitoires ou une santé mentale menacée.

La gamme des services comprend :

- ***Dépistage***

Il s'agit d'activités visant le dépistage de personnes vivant des problèmes de santé mentale ou encore des situations risquant de compromettre leur santé mentale, leur sécurité ou leur bien-être.

- ***Accueil, évaluation et orientation***

Il s'agit ici de la réception de leurs demandes. Evaluation de leurs besoins, ressources et limites; identification des services qui répondent à leurs besoins et référence, s'il y a lieu.

- ***L'écoute***

Il s'agit d'un support caractérisé par une écoute active centrée sur la personne en difficulté.

- ***Les interventions psychosociales***

Il s'agit d'interventions psychosociales, individuelles, familiales ou de groupe, visant l'amélioration ou le maintien de la santé mentale des personnes. Elles leur permettent d'atteindre ou de retrouver un fonctionnement personnel et social adéquat et valorisant. Ces interventions s'inscrivent dans une approche globale et servent également à maximiser les capacités des personnes.

- ***L'évaluation et le traitement psychologique***

L'évaluation psychologique vise à identifier la nature du problème de santé mentale afin de planifier le traitement psychologique. Il vise à éliminer ou réduire les symptômes attribuables au problème de santé mentale et à maintenir ou restaurer les capacités d'une personne afin qu'elle puisse les utiliser de façon optimale, quel que soit son milieu de vie. Tout en privilégiant une approche globale, le traitement psychologique vise principalement une intervention sur les dimensions affectives, cognitives ou relationnelles.

- ***L'évaluation, le traitement et le suivi médical***

Les fonctions d'évaluation sont assurées par le médecin afin de poser un diagnostic. Le traitement et le suivi médical, dans le cadre des services de base en santé mentale, visent à traiter la personne et à lui offrir un suivi adéquat afin de prévenir les hospitalisations.

- ***Le suivi non intensif dans la communauté***

Il s'agit d'un suivi d'une intensité moindre effectué par des individus plutôt que par une équipe. Le suivi communautaire regroupe des activités variant selon les modèles de référence, les clientèles, l'organisation locale des services , l'expertise disponible, etc.

- ***L'intervention en situation de crise***

Voir le chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise.

- ***Le support, le répit et le dépannage***

Le support consiste à planifier des activités ou des interventions permettant de supporter et d'écouter les personnes vivant un problème de santé mentale, leur famille ou leurs proches, en plus d'encourager le développement de leurs capacités ou compétences.

Le répit est un ensemble de mesures planifiées visant à permettre à la famille et aux proches d'une personne vivant des problèmes de santé mentale de se procurer un temps de détente et de ressourcement.

Le dépannage est un ensemble de mesures permettant à la famille et aux proches d'être remplacés auprès de la personne vivant des problèmes de santé mentale lors de circonstances graves et imprévisibles.

- ***Le soutien et l'entraide***

Le soutien et l'entraide constituent une forme d'aide naturelle (non institutionnelle) offrant diverses activités visant à briser l'isolement et à partager le vécu lié au problème de santé mentale d'une personne. Cette aide s'adresse soit à la personne, soit à sa famille ou ses proches.

La continuité des soins

En lien avec l'évaluation ou l'intervention, il devrait exister des mécanismes de liaison, d'accompagnement et de relance permettant d'assurer la continuité des soins.

- Les mécanismes de liaison permettent la transmission de l'information pertinente à qui de droit en fonctions de modalités prédéterminées.
- Le mécanismes d'accompagnement assurent la présence d'une personne ressource pour des fins d'accompagnement vers un autre service.

- Par la relance, l'intervenant vérifie si la personne a obtenu une réponse adéquate à ses besoins.
- Les mécanismes assurant la continuité des soins devraient prévoir un accès rapide à une consultation médicale.

MESURES

- **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer que la gamme complète des services de base en santé mentale soit disponible pour les personnes souffrant de troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.**
- **Maintenir le mandat des organismes communautaires en santé mentale d'offrir des activités d'accueil, d'évaluation, d'orientation, de soutien, d'écoute, d'entraide, de support, de répit et de dépannage.**
- **Confier aux CHSGS le mandat de maintenir des services d'accueil et d'orientation adéquats pour l'ensemble des clientèles qui se présentent à leurs services.**

Objectif B

Implanter ou consolider, dans chacun des CLSC, une équipe de base en santé mentale.

Les équipes de base en santé mentale

Les professionnels de l'équipe de base s'assurent de maintenir ou de développer un haut niveau d'expertise dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, l'équipe de base offre des services spécifiques de traitement aux personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée et développe un modèle d'organisation intégré de suivi non intensif dans la communauté.

Dans le cadre de la transformation des services en santé mentale, le développement des compétences devient primordial afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité des services en santé mentale.

L'équipe de base doit maintenir et développer l'expertise nécessaire pour offrir du soutien clinique et agir comme conseillère auprès de ses partenaires qui en manifestent le besoin. De plus, par le niveau d'expertise qu'elle réunit, l'équipe de base doit permettre des discussions interdisciplinaires en plus d'assurer l'évaluation de l'état de santé mentale de la clientèle en association avec un service de psychiatrie.

L'équipe de base est responsable d'offrir des activités visant le développement des compétences en santé mentale sur son territoire. Ainsi, elle organise et sollicite la participation des

partenaires pour des activités de formation visant, entre autres, à maximiser le potentiel des personnes (empowerment). L'apport des milieux communautaires et institutionnels est hautement souhaité pour le partage d'expertise et l'organisation des activités de formation.

La composition des équipes de base en santé mentale

Afin d'offrir de tels services, l'équipe de base en santé mentale doit assurer la participation d'un médecin et d'un psychologue. La proportion minimale d'effectifs assurant la composition de l'équipe de base en santé mentale est de un professionnel ayant une expertise en santé mentale par 25 000 habitants. Un seuil minimal de un intervenant à temps complet doit être assuré pour les territoires qui n'ont pas 25 000 habitants.

Délais d'accès optimal

Les services de l'équipe de base doivent permettre d'éliminer les délais d'accès aux services d'évaluation psychologique.

L'évaluation

Des fonctions majeures en santé mentale sont attribuées aux CLSC dans le cadre de la présente transformation. Les CLSC devront statuer sur des critères permettant d'évaluer leur performance par rapport à l'accès aux services ainsi que sur les délais acceptables pour les recevoir.

La concertation

L'implantation des services de base sur chaque territoire nécessite la mise en place de mécanismes de concertation ainsi que de mécanismes de liaison entre les différents dispensateurs de services en santé mentale (Référer au chapitre 15 : Concertation et formation continue).

MESURES

- **Confier aux CLSC le mandat de mettre en place au sein de leur organisation une équipe de base en santé mentale.**
- **Confier aux équipes de base en santé mentale le mandat d'offrir minimalement les services suivants :**
  - **des services d'accueil, d'évaluation, de traitement et de suivi médical et psychologique**
  - **des services de suivi non intensif dans la communauté, en collaboration avec les partenaires concernés**
  - **des services de soutien clinique et de formation aux intervenants de leur territoire.**
- **La Régie régionale devra évaluer, en 2002, le ratio de professionnels des équipes de base.**

Objectif C

Assurer le soutien nécessaire à la famille et aux proches d'une personne vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.

La famille et les proches manifestent souvent le besoin d'obtenir de l'information sur les ressources en santé mentale. De plus, ils se questionnent sur les moyens d'aider la personne vivant des difficultés ou cherchent, à leur tour, à obtenir du support ou de l'accompagnement. Une aide appropriée permet de rassurer ces gens qui constituent souvent le réseau de soutien social le plus important pour la personne présentant des problèmes de santé mentale.

MESURES

- **Confier aux CLSC le mandat d'offrir du soutien aux familles et aux proches des personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.**
- **Reconnaître le rôle des groupes de parents qui, dans leur mission actuelle (troubles mentaux graves), offrent également du soutien, de l'aide et de l'entraide aux familles et aux proches des personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.**

Chapitre 6 : Clientèle suicidaire

État de situation

La problématique

En 1995, 1 442 québécois se sont enlevés la vie, ce qui représente un taux de 19,5 pour 100 000 personnes. C'est 80 % des suicides qui étaient commis par des d'hommes. Chez eux, 3 décès par suicide sur 4 surviennent avant l'âge de 50 ans. Chez les femmes, le plus grand nombre de décès est observé entre 40 et 54 ans. Les femmes sont plus nombreuses, par contre, à tenter de mettre fin à leurs jours. Les femmes de 15 à 19 ans affichent le plus haut taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide. Enfin, le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de moins de 30 ans. Les hommes utilisent généralement des moyens plus violents pour se suicider que les femmes. Le Québec est l'un des endroits au monde où l'on connaît le plus haut taux de décès par suicide.

Au Québec, la région Mauricie et Centre-du-Québec se retrouve au 4e rang, avec un taux de mortalité par suicide de 22,9 par 100 000 habitants. On y dénombre autour de 110 suicides et plus de 2 400 tentatives de suicide par année.

Les services actuels

Actuellement, cinq centres de prévention du suicide desservent l'ensemble des territoires de la région. Ces centres sont financés, de façon inégale, à l'intérieur du budget SOC de la Régie régionale.

L'expertise, de même que les services offerts par ces centres de prévention du suicide, sont différents d'un centre à l'autre. Bien qu'ils offrent tous des services d'intervention téléphonique, l'accès à ces services varie entre eux. L'intervention téléphonique est assumée par des bénévoles formés à cet effet et supervisés par des professionnels. Tous les centres offrent des activités de sensibilisation et de prévention dans le milieu. Certains offrent des services aux proches de personnes suicidaires et aux personnes endeuillées par le suicide et sont en mesure d'instaurer différents programmes à l'intention de clientèles particulières. La plupart des centres offrent aussi aux écoles la possibilité de signer des protocoles de postvention.

Les CLSC, avec le service Info-santé implanté depuis 1993, offrent un service d'intervention téléphonique auprès de l'ensemble des clientèles, dont la clientèle suicidaire. Ils offrent aussi par leurs services psychosociaux courants, un suivi individualisé pour cette clientèle. Tout comme les centres de prévention du suicide, leur expertise et leur accessibilité varient d'un CLSC à l'autre.

Plusieurs autres intervenants ou professionnels offrent des services d'aide pour leur clientèle qui vivent des problèmes reliés au suicide. On pense ici aux professionnels des écoles, des centres jeunesse, des hôpitaux, des organismes en toxicomanie ou en violence conjugale, des organismes du système judiciaire comme les corps policiers, etc.

Enfin, le groupe de travail mis en place par la Régie régionale en octobre 1998 a identifié un certain nombre de lacunes concernant les services pour la clientèle suicidaire :

- Le manque de cohérence dans la planification régionale des services.
- L'inaccessibilité et l'insuffisance de certains services.

- Le manque de concertation et de liens fonctionnels entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les centres de prévention du suicide et les autres dispensateurs de services.
- Le manque de formation et de soutien clinique des intervenants et des professionnels sur les territoires.

Orientation 8

La Régie régionale entend mettre en place dans la région la stratégie québécoise d'action face au suicide.

En février 1997, le ministre Rochon déposait la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Elle visait les objectifs suivants :

- Favoriser les interventions en promotion/prévention auprès des jeunes.
- Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens.
- Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités.
- Intervenir auprès des groupes à risque.
- Assurer et consolider la gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants.
- Améliorer les compétences professionnelles.
- Intensifier et diversifier la recherche.

Objectif A

Assurer un leadership régional pour l'application de la stratégie québécoise d'action face au suicide.

Plusieurs secteurs sont concernés par la prévention du suicide : la santé et les services sociaux, l'éducation, le milieu de travail, etc. Afin de s'assurer de la complémentarité, de la cohérence et de la continuité des services en prévention du suicide dans la région, il apparaît nécessaire d'identifier un établissement et un professionnel responsable de l'application de la Stratégie québécoise d'action face au suicide.

MESURE

- **La Régie régionale assurera le leadership de l'application régionale de la stratégie québécoise d'action face au suicide.**

Objectif B

Rendre disponible sur chacun des territoires la gamme essentielle de services.

La gamme essentielle de services comprend :

- ***L'intervention téléphonique 24/7***

L'accessibilité téléphonique se fera 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'intervention téléphonique comprend l'évaluation, l'intervention de crise et, si nécessaire, la référence pour la prise en charge et le suivi. L'intervention téléphonique concerne à la fois les personnes suicidaires, leur entourage et les endeuillés par suicide.

- ***L'intervention de prise en charge***

Le risque suicidaire ne devrait jamais être invoqué pour disqualifier des services requis. Au contraire, cela devrait augmenter la priorité de l'intervention. Ainsi, pour les clientèles à risque déjà connues dans différents réseaux, il est souhaitable que l'intervention de crise suicidaire soit offerte par ces mêmes réseaux. Pour les clientèles qui ne sont pas déjà prises en charge, un établissement local devrait se charger d'offrir ces services.

L'évaluation du risque suicidaire et de l'urgence de la situation n'est pas une intervention réservée aux spécialistes. L'intervention peut s'appuyer sur des services professionnels réguliers, sans en dépendre totalement. Ces services peuvent être accessibles dans les différents organismes ou établissements locaux comme les centres d'accueil, les CLSC, les cliniques privées, etc.

L'intervention de prise en charge comprend une évaluation complète et détaillée, l'aide requise, le suivi et la relance.

- ***La postvention***

La postvention comprend les services d'intervention post-traumatique (debriefing) individuels et de groupe, les services individuels et de groupe aux endeuillées par suicide et l'application de protocoles de postvention dans le cas où le suicide ou la tentative de suicide se produirait dans un milieu extérieur comme l' école ou le milieu de travail. Ces protocoles de postvention définissent les responsabilités de chacun des intervenants et des professionnels du milieu et précisent les actions qu'ils devront poser s'il survient un suicide ou une tentative de suicide dans un milieu scolaire ou un milieu de travail.

- ***La promotion et la prévention***

Il est important d'agir en amont des problèmes. La *Stratégie québécoise d'action face au suicide* propose deux avenues pour y arriver. D'une part, améliorer les compétences personnelles et sociales chez les enfants et les jeunes en privilégiant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes. Cette priorité d'action doit être réalisée de façon continue et s'inscrire tout au long du cheminement préscolaire et scolaire. Il y aurait avantage à sensibiliser les directions d'école, les professionnels et les enseignants ainsi que les différentes instances du milieu scolaire pour encourager la mise au point de stratégies d'entraide et de soutien entre pairs. D'autre part, il faudrait développer une expertise sur la prévention du suicide auprès des jeunes.

MESURES

- **Confier aux centres de prévention du suicide, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat d'offrir les services d'intervention téléphonique 24/7 et de négocier des ententes avec les CLSC afin que ceux-ci leurs réfèrent les appels concernant les personnes en crise suicidaire.**
- **Confier aux organismes et aux établissements sur les territoires le mandat d'offrir, selon leurs capacités et leur expertise, les services d'intervention de prise en charge de la clientèle suicidaire dont ils ont la charge.**
- **Confier aux CLSC le mandat d'offrir les services d'intervention de prise en charge à toutes les personnes qui ne sont pas déjà suivies par une autre organisation.**
- **Confier aux centres de prévention du suicide, sous réserve d'entente avec la Régie régionale, le mandat de négocier, avec chacun des organismes et établissements qui offrent des services d'intervention de prise en charge, des ententes formelles qui leur permettront de référer rapidement et efficacement la clientèle qui a reçu des services d'intervention téléphonique et qui désirerait recevoir des services de prise en charge.**
- **Confier conjointement aux CLSC et aux centres de prévention du suicide le mandat d'offrir sur les territoires qu'ils desservent les services d'intervention post-traumatiques (debriefing) et les services pour les personnes endeuillées par suicide.**
- **Confier aux centres de prévention du suicide, sous réserve d'entente avec la Régie régionale, le mandat de signer des protocoles de postvention en priorité avec les milieux scolaire et ensuite avec les milieux de travail.**
- **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer que des activités de promotion et de prévention soient réalisées sur leur territoire en collaboration étroite avec les centres de prévention du suicide.**

Objectif C

Assurer un soutien clinique aux intervenants et aux professionnels des territoires.

Il est important que les intervenants et les professionnels aient accès à des ressources qui agiront au besoin comme soutien clinique auprès d'eux et de pouvoir compter sur l'appui d'une ressource experte s'ils jugent que le cas devient trop lourd.

MESURE

- **Confier aux centres de prévention du suicide, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat d'offrir le soutien clinique 24/7 aux intervenants et aux professionnels des territoires.**

Objectif D

Former les intervenants et les professionnels des territoires sur l'intervention auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des gens endeuillés par suicide.

Deux contenus de formation doivent être mis au point

- L'identification des personnes suicidaires, l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire, l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires et de leur entourage et la postvention.
- La connaissance des mécanismes de référence et des ressources pour les personnes suicidaires, leur entourage et les gens endeuillés par suicide.

Les intervenants et les professionnels seront formés pour optimiser leurs compétences sur le plan de l'évaluation du risque suicidaire, de l'intervention de crise et de la prise en charge, ce qui inclut le traitement et le suivi.

Il faudra s'assurer de l'évaluation et de l'adaptation des programmes de formation à l'intention de l'ensemble des intervenants susceptibles d'agir auprès de la clientèle suicidaire.

Enfin, il faudra s'assurer que tous les omnipraticiens soient formés sur le diagnostic des troubles dépressifs, les troubles d'adaptation et les plans de traitement.

MESURES

- **Confier aux centres de prévention du suicide, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat de développer des programmes de formation adaptés aux besoins des intervenants et des professionnels et**

de mettre à la disposition des organismes et des établissements des formateurs accrédités.

- **La Régie régionale devra collaborer avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le Ministère pour l'organisation de la formation pour les médecins omnipraticiens.**

Objectif E

Réduire l'accès aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours et minimiser les risques qui y sont associés.

Les mesures préventives associées aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours se sont révélées des expériences positives en matière de prévention du suicide. Lorsque l'on réduit l'accès à un moyen, on augmente la possibilité pour la personne qui voulait s'enlever la vie de surseoir à son geste. De plus, lorsqu'il y a déplacement vers un autre moyen et que la létalité est moindre, cela a pour conséquence de limiter les décès ou de réduire la gravité des blessures dans les cas de tentatives de suicide. Il faut donc encourager et mener à bien les initiatives qui permettent de limiter l'accès à certains moyens.

Il est important de promouvoir et de voir à l'implantation d'actions visant à réduire l'accès à certains moyens facilitant le suicide ou à minimiser les risques qui y sont associés. Ces actions sont les suivantes :

- Mettre au fait les intervenants et les professionnels des territoires sur les procédures à suivre à l'égard de la présence d'une arme à feu chez une personne suicidaire.
- Sensibiliser les policiers sur les dispositions législatives qui permettent de saisir une arme à feu chez une personne suicidaire.
- Faire des représentations auprès du ministère de la Sécurité publique et des forces policières concernant les lois sur l'entreposage et l'enregistrement des armes à feu pour s'assurer de leur application.
- Inventorier les lieux à risque de suicide et évaluer la pertinence de modifier ces endroits.
- Rencontrer les responsables des services à domicile pour les sensibiliser à l'importance de se débarrasser des médicaments non utilisés et de convenir avec eux d'une stratégie de récupération.
- Demander à Transports Canada d'apporter des modifications aux normes de fabrication automobile pour réduire les décès causés par le monoxyde de carbone.

MESURE

- **La Régie régionale devra promouvoir et voir à l'implantation d'actions visant à réduire l'accès à certains moyens facilitant le suicide ou à**

minimiser les risques qui y sont associés.

Chapitre 7 Les personnes présentant des problématiques multiples

État de situation

Depuis des années, les intervenants du réseau de la santé mentale, de la désintoxication et de la réadaptation en toxicomanie soulignent la présence de plus en plus marquée dans leur service de personnes présentant un double diagnostic de toxicomanie et de troubles de santé mentale. Il en résulte une difficulté importante à intégrer ces personnes dans les services existants et à répondre adéquatement à leurs besoins particuliers.

Les taux de comorbidité sont particulièrement élevés chez les populations avec des troubles mentaux graves. Ces personnes sont aussi particulièrement à risque de judiciarisation et d'itinérance. Au Québec, les personnes à double diagnostic compteraient pour 33 à 50 % de la clientèle en milieu psychiatrique. On peut s'attendre à ce que la moitié des jeunes, à leur premier épisode de schizophrénie ou de trouble bipolaire, présentent ou développent un trouble relié à l'usage de substances. Les deux problèmes, soit celui de toxicomanie et celui des désordres mentaux, existent distinctement et souvent, indépendamment l'un de l'autre. Ceci explique, en partie, tout le problème au niveau du traitement qui se fait par des équipes de spécialistes différents avec des points de vue et des approches thérapeutiques différents. La clientèle s'intègre mal aux services existants qui traitent l'un ou l'autre des troubles séparément et réagit peu aux interventions courantes.

L'intervention auprès des personnes qui présentent, à la fois une déficience intellectuelle et un trouble de santé mentale, présente un défi de taille, car celle-ci doit puiser dans deux champs d'expertise, souvent trop mutuellement exclusifs, pour trouver les solutions appropriées à leurs caractéristiques complexes et aux problématiques qui en découlent.

ORIENTATION 9

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend s'assurer de l'existence d'un système intégré et efficace de prise en charge de la clientèle présentant des problématiques multiples.

Objectif A :

Développer des programmes spécialisés de traitement intégré de prise en charge de la clientèle double problématique « toxicomanie et problèmes de santé mentale », depuis le dépistage jusqu'au suivi dans le milieu.

Le traitement simultané et intégré, plutôt qu'une approche séquentielle ou parallèle, apparaît comme la meilleure option pour la prise en charge de la clientèle double problématique, car elle permet d'assurer un meilleur suivi et une meilleure continuité dans les soins. L'observation clinique permet de constater dans la majorité des cas un taux de succès encourageant de cette approche.

Le suivi intensif en équipe représente aussi une condition critique de succès. Du fait que les personnes avec un double diagnostic sont particulièrement à risque d'instabilité résidentielle, il faut s'assurer d'une articulation constante entre le traitement et le soutien à domicile afin de favoriser le maintien dans le milieu.

Les principales composantes des programmes intégrés sont :

- La cohérence entre le traitement de la toxicomanie et le traitement psychiatrique.
- L'approche de réadaptation à long terme.
- Un accent actif mis sur le contact.
- L'engagement et la persuasion auprès de ces personnes difficiles d'accès dans le réseau de soins traditionnels et réticents au traitement.
- Une approche qui englobe tous les aspects de la vie de la personne et l'assiste dans ses besoins de base et la résolution de problèmes concrets : hébergement sécuritaire dans un environnement sans drogue, gestion des finances, habiletés d'emploi, famille, santé, réseau social et communautaire et gestion de la médication.
- La concertation et le partage d'expertise des établissements et organismes qui ont pour mission de desservir la clientèle qui présente un double diagnostic de toxicomanie et de troubles de santé mentale sont incontournables.

MESURE

- **Confier à Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec le mandat de définir et d'élaborer en lien étroit avec les partenaires concernés, un modèle d'organisation de services simultanés et intégrés qui viendra soutenir les acteurs concernés par la double problématique toxicomanie et santé mentale.**

Objectif B :

S'assurer que des liaisons fonctionnelles soient développées entre les différents partenaires, dans une perspective intersectorielle, de façon à pouvoir tenir compte des autres problématiques souvent reliées aux doubles diagnostics toxicomanie/santé mentale, dont les problèmes avec la justice, l'itinérance, la violence, le suicide etc.

Il est important de retenir une définition élargie des doubles diagnostics. Le problème identifié au niveau de l'intervention ne se limite pas aux doubles diagnostics toxicomanie et troubles mentaux graves. La présence concomitante chez une personne de la toxicomanie et de troubles de la personnalité, de troubles anxieux ou d'idéation suicidaire constitue un problème de comorbidité difficile à traiter. La réflexion et la recherche de solutions doivent porter sur l'ensemble des cas de comorbidité toxicomanie et troubles de santé mentale.

La planification des interventions doit aussi tenir compte de la présence de problèmes multiples au sein de la clientèle visée. Dans une forte proportion des cas, il est souvent question de problèmes multiples et les troubles associés au double diagnostic nécessitent aussi d'être traités. À titre d'exemples, les problèmes avec la justice, l'itinérance, la violence, le suicide et la transmission de maladies infectieuses viennent complexifier d'autant l'intervention.

MESURE

- **Confier à chaque organisme ou établissement qui accueille une personne présentant des problématiques multiples, la responsabilité d'initier la concertation avec les partenaires concernés afin d'élaborer un plan d'intervention simultané et intégré répondant à l'ensemble des besoins de cette personne.**

Objectif C :

Assurer l'intervention conjointe et adaptée auprès des personnes qui demeurent dans la communauté et qui présentent une double problématique de déficience intellectuelle et un trouble de santé mentale.

Les taux de prévalence relatifs aux troubles de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles varient considérablement d'une recherche à l'autre. Les recherches qui ont évalué cette dimension démontrent néanmoins que les troubles psychiatriques sont plus importants chez ces personnes que parmi la population en général et davantage élevés chez les personnes présentant un niveau de déficience intellectuelle sévère et profond. Il n'y a cependant pas de corrélation directe entre la présence d'un trouble psychiatrique et le besoin de services surspécialisés pour résorber les comportements ou les symptomatologies pathologiques.

Depuis déjà quelques années, le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec et le CHCM (vocation régionale en santé mentale) ont établi une concertation très étroite pour potentialiser leurs interventions réciproques auprès de ces personnes. Cette complémentarité de services fait l'objet d'une lettre d'entente formelle dont l'objectif est d'assurer l'intervention conjointe auprès des personnes qui demeurent dans la communauté et qui présentent une double problématique.

Ces services conjoints sont actuellement dispensés sur certains territoires par les intervenants de CSDI et des centres d'intégration communautaires de Shawinigan et de Trois-Rivières, rattachés au CHCM (vocation régionale en santé mentale). Cependant, leur capacité d'intervention est limitée face à certaines problématiques qui exigent un degré d'expertise qui dépasse les possibilités d'intervention dans la communauté.

Conscients de cette réalité, les deux réseaux mettaient sur pied, en 1995, un comité ad hoc ayant pour mandat d'analyser la situation des personnes adultes présentant une double problématique et fréquentant leurs services respectifs. Les résultats des travaux de ce comité ont donné lieu à la signature, en janvier 1997, d'un protocole d'entente entre les deux établissements pour baliser le développement de services jugés prioritaires.

En 1997, le CSDI et le CHCM ont élaboré conjointement un programme spécifique pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle associée à un problème de santé mentale. Ce projet a reçu l'aval de la Régie régionale et est opérationnel depuis janvier 1998.

Ce programme spécialisé s'inscrit dans le développement d'une gamme de services surspécialisés dont doit se doter la région pour répondre adéquatement aux besoins multiples et complexes de cette clientèle. Il vise à fournir une expertise psychiatrique et professionnelle en regard des troubles sévères d'ordre comportemental ou psychopatho-logique que peuvent présenter les personnes déficientes intellectuelles.

Ce programme conjoint comporte trois volets, soit l'évaluation, l'hospitalisation et le réseau résidentiel spécialisé. Parmi ces trois volets, les services résidentiels spécialisés demeurent à consolider.

Dans le cadre des travaux régionaux en regard des ressources non institutionnelles, il a été statué qu'advenant un besoin d'hébergement pour ces personnes, l'état permanent qui prédomine sur la condition qui détermine le réseau d'hébergement qui devra accueillir ces personnes.. Ainsi, suite à l'épisode de soins psychiatriques de courte ou de longue durée d'une personne déficiente intellectuelle, le symptomatologue psychiatrique étant résorbé, cette dernière devra être prise en charge par l'établissement référent qui a la responsabilité d'offrir un service résidentiel et socio-professionnel nécessaire à son intégration et au maintien dans la communauté.

MESURES

- **Développer et consolider la dispensation, sur tous les territoires, des services conjoints CSDI-CHCM pour les personnes déficientes intellectuelles atteintes d'un trouble de santé mentale vivant dans la communaut**
- **Confier au CSDI l'imputabilité clinique et financière des services socio-professionnels nécessaires à l'intégration et au maintien dans la communauté des personnes déficientes intellectuelles qui ont été hospitalisées en courte ou longue durée psychiatrique.**
- **Confier au CSDI et au CHCM, dans le cadre d'un plan d'intégration, le mandat de développer ou consolider, à coût partagé, le service résidentiel spécialisé nécessaire à l'intégration et au maintien dans la communauté d'une personne présentant une déficience intellectuelle associée à un diagnostic de trouble mental grave et persistant.**

Chapitre 8 : Personnes âgées présentant des troubles mentaux

État de situation

Toute personne, au cours de sa vie, risque de souffrir d'un trouble psychiatrique, peu importe son âge. Selon le rapport du Comité de la santé mentale du Québec *La vieillesse : voie d'évitement ou voie d'avenir? Le vieillissement et la santé mentale* 4 % des personnes de 65 ans ou plus souffrent de troubles d'anxiété, environ 2 % de problèmes d'alcool ou de drogue, environ 2 % de troubles psychotiques et plus de 5 % de troubles dépressifs. Finalement, la *Politique de la santé et du bien-être* souligne que 23 % de femmes et 17 % des hommes de 65 ans ou plus consomment des tranquillisants.

Parmi l'ensemble des troubles mentaux, le rapport Pelletier *Vers un nouvel équilibre des âges* retient trois problèmes de santé mentale pour les personnes âgées : la dépression, le suicide et la surconsommation de médicament, notamment des psychotropes.

Les personnes âgées vivent plusieurs événements stressants : décès d'un conjoint, maladie chronique, isolement, etc. Ils peuvent en être profondément affectés. Souvent, la dépression demeure non dépistée et non traitée.

Une autre expression de la détresse des personnes âgées peut être le suicide. Les facteurs de risque sont nombreux : la retraite, le fait de vivre seul, l'alcoolisme, la maladie et le veuvage. Les aînés font moins souvent appel que les jeunes aux ressources comme le centre de prévention du suicide.

Un autre groupe de personnes âgées mérite d'avoir accès à une gamme de services adéquate, soit les personnes vieillissantes avec des troubles mentaux graves. Parmi celles-ci, certaines personnes peuvent nécessiter des soins aigus en santé mentale. Les services spécialisés en psychiatrie doivent répondre adéquatement à la crise.

Certaines personnes âgées, stables au niveau de leur problématique psychiatrique, peuvent aussi nécessiter de l'aide pour leur AVD et AVQ. Le réseau de service de maintien à domicile aux personnes âgées doit répondre à cette clientèle.

Finalement, un faible pourcentage de cette clientèle risque de nécessiter un hébergement à long terme. Le réseau d'hébergement pour personne en perte d'autonomie devrait accepter cette clientèle sans discrimination dû à leur état de santé mentale.

En conséquence, les services de psychiatrie et les services aux personnes âgées doivent être complémentaires.

Orientation 10

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend rendre disponible aux différents établissements et organismes qui offrent la gamme de services intégrés pour les personnes âgées, le soutien des services spécialisés en santé mentale pour les personnes âgées présentant des troubles mentaux.

Objectif A :

Définir l'offre minimale de services en santé mentale devant être offerte par les établissements et les organismes qui assurent la gamme de services intégrés pour les personnes âgées et la contribution attendue des services spécialisés en matière de soutien, de consultation, de formation et d'intervention.

La réponse aux besoins psychosociaux et psychogériatriques des personnes âgées relèvent du mandat confié aux responsables du continuum de services intégrés du programme clientèle personnes âgées. Plusieurs services sont offerts à la clientèle âgée présentant une détresse psychologique ou un trouble de santé mentale. Cette gamme de services comprend le support communautaire, le soutien au milieu, les services de santé ambulatoire et hospitalière et lorsque nécessaire, l'hébergement institutionnel. Les services psychiatriques doivent être en mesure d'offrir le soutien aux établissements et aux intervenants du programme clientèle personnes âgées, afin qu'ils puissent proposer une réponse adaptée et spécifique aux besoins que peuvent présenter la clientèle âgée ayant un problème de santé mentale.

MESURES

- **La Régie régionale devra mettre en place un groupe de travail régional composé des représentants des principaux acteurs concernés par cette problématique.**
- **La Régie régionale devra promouvoir des actions qui visent à susciter un plus grand intérêt du corps médical pour le domaine de la psychogériatrie dans le but de développer et de consolider notre expertise.**

Chapitre 9 : Personnes présentant des troubles envahissants du développement

ÉTAT DE SITUATION

La clientèle :

Le trouble envahissant du développement (TED) demeure un phénomène complexe et très spécifique. Le comité de travail, formé par la Régie régionale en octobre 1998, a choisi d'utiliser le terme « trouble envahissant du développement » (TED) plutôt que «autisme » afin de rejoindre la majorité de la clientèle susceptible d'obtenir ces services spécialisés. Étant un diagnostic complexe et long à poser, il arrive fréquemment, surtout lorsque les premiers signes apparaissent durant la petite enfance, que le pédopsychiatre utilise un diagnostic de trouble envahissant du développement pour ensuite confirmer vers l'âge de 5 ou 6 ans le diagnostic d'autisme qui, à ce moment, devient plus facile à établir.

Ce groupe de travail a convenu d'utiliser la même classification que celle du DSM IV en regard des troubles envahissants de développement :

- le trouble autistique;
- le syndrome de Rett;
- le syndrome d'Asperger;
- le trouble désintégratif de l'enfance;
- les troubles envahissants du développement non spécifiés (y compris autisme atypique).

Le nombre exact de personnes autistes au Québec n'est pas connu, pas plus qu'en Mauricie ou au Centre-du-Québec. Toutefois, le taux de prévalence reconnu par l'Association américaine de psychiatrie est de 4 à 5 autistes par 10 000 habitants, soit 3 000 à 4 000 au Québec et environ 240 dans la région. Malheureusement, il demeure très difficile de répertorier le nombre exact de personnes puisqu'actuellement, elles se retrouvent dans différents programmes et structures du réseau de services.

Portrait des services :

Présentement, les services offerts à cette clientèle sont incomplets. De plus, on retrouve un manque de cohérence et de cohésion entre les établissements qui offrent ces services. Depuis longtemps, les familles et les proches des personnes vivant avec un trouble envahissant du développement se voient offrir des services qui ne leur conviennent pas. Trop souvent, ces personnes se sont retrouvées assises entre deux chaises, ne sachant trop vers quelle structure se tourner afin d'obtenir les services adéquats qui répondent à leurs besoins.

Peu d'expertise a été développée pour cette clientèle dans notre région. L'organisme communautaire, qui a comme premier mandat la défense des droits de ces personnes, offre aussi des services de répit et de camp de vacances adaptés pour cette clientèle. Cet organisme travaille aussi à développer des ateliers de travail spécialisés pour ces personnes. Il y a aussi, dans la région du Centre-du-Québec, un centre privé de stimulation précoce. Le Centre de stimulation l'Envol.

Jusqu'ici, la clientèle des troubles envahissants du développement ne trouve pas vraiment sa place dans le réseau de service. Par exemple, bien que les Centres jeunesse aient le mandat de l'hébergement pour les jeunes, c'est dans les ressources des Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI) qu'ils doivent recruter les familles d'accueil dont ils ont besoin. Il arrive

aussi fréquemment que les adultes présentant un trouble envahissant du développement ne fonctionnent pas bien dans les ateliers de travail adaptés pour la déficience intellectuelle. Ces adultes ne peuvent non plus avoir accès aux ateliers du réseau de la santé mentale parce que leur comportement est trop dérangeant.

En terminant, le groupe de travail mis en place par la Régie régionale en octobre 1998 a adapté, à la région, le continuum de services proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans son guide de planification et d'évaluation :

- sensibilisation;
- identification des cas;
- stimulation précoce;
- support à la famille et aux proches;
- évaluation globale;
- stimulation spécifique;
- milieu scolaire;
- hébergement pour les jeunes;
- services aux adultes.

C'est à partir de ce continuum que devront être planifiés, organisés et évalués les futurs services dans la région.

Orientation 11

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place ou consolider la gamme complète de services pour la clientèle présentant des troubles envahissants du développement.

Objectif A

Identifier un établissement qui sera responsable de planifier, actualiser, coordonner et évaluer la gamme complète de services pour la clientèle présentant des troubles envahissants du développement.

Cet établissement sera imputable à la Régie régionale des services offerts à la clientèle et responsable de la gamme complète de services.

Afin de respecter la philosophie d'intervention auprès de cette clientèle, une structure distincte appelée "service régional des troubles envahissants du développement" devra être mise en place à l'intérieur de l'établissement choisi.

Étant une clientèle qui requiert les services de plusieurs niveaux du réseau, il est important que l'établissement choisi crée des liens de partenariat avec les parents des personnes présentant des troubles envahissants du développement ainsi qu'avec les établissements, organismes et professionnels suivants :

- Autisme Mauricie;
- Centre de stimulation l'Envol;
- Centre de réadaptation InterVal;
- centre de la petite enfance;
- CLSC;
- commissions scolaires;
- centres hospitaliers;
- médecins et pédiatres.

MESURES

- **Confier au Centre de Services en Déficience Intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec (CSDI) le mandat de mettre en place la gamme complète de services pour la clientèle présentant des troubles envahissants du développement.**
- **Confier au CSDI le mandat de mettre en place un service régional des troubles envahissants du développement et lui demander d'organiser cette nouvelle structure de services de façon spécifique et distincte de ses services en déficience intellectuelle.**
- **Demander au CSDI de considérer les parents comme partenaires de premier ordre dans la mise en œuvre et le suivi de l'organisation des services à offrir à la personne.**
- **Confier au CSDI le mandat de présenter à la Régie régionale un plan d'action annuel pour la mise en œuvre et le suivi des mesures portant sur les troubles envahissants du développement.**
- **La Régie régionale s'assurera que le CSDI procède à la mise en place des mécanismes de collaboration et de suivi avec les partenaires.**
- **La Régie régionale planifiera une démarche d'évaluation de la gamme de services pour cette clientèle, en collaboration avec le CSDI.**

Objectif B

Mettre en place la gamme complète de services pour la clientèle présentant des troubles envahissants du développement.

La gamme de services comprend :

- ***L'information à la population et aux intervenants***

Différents moyens d'information et de sensibilisation devront être utilisés afin de faire connaître les principales caractéristiques des personnes présentant des troubles envahissants du développement, les services disponibles dans la région et l'existence d'approches favorisant l'apprentissage et le développement des capacités des personnes aux prises avec ce problème.

- ***L'identification précoce des enfants présentant des troubles envahissants du développement***

Vu l'état des connaissances, il est impossible à ce moment-ci de prévenir l'apparition d'un trouble envahissant du développement, puisque les causes sont encore inconnues.

Il faut donc s'assurer de mettre en place les moyens permettant de détecter le plus rapidement possible les signes d'apparition d'un trouble envahissant du développement. Les expériences démontrent qu'une stimulation hâtive et un programme approprié permettent à l'enfant de progresser et facilite son intégration future dans les différents milieux.

Le CSDI devra développer et diffuser des instruments permettant une identification rapide des cas dans les CLSC, les centres de la petite enfance, etc.

Étant une période difficile et angoissante pour les parents et les proches du jeune enfant, il est important qu'un support leur soit offert dès le tout début de la démarche d'identification.

Cette nouvelle façon de faire nécessite le développement, dans la région, d'un partenariat entre les différentes structures déjà existantes.

- ***La stimulation précoce***

La stimulation précoce est un ensemble d'activités et d'exercices qui visent à prévenir ou à diminuer les retards de développement chez les enfants. Plus particulièrement, la stimulation précoce favorise la croissance et le développement optimal de l'enfant sur les plans physique, affectif, social et cognitif.

- ***Le soutien aux familles***

Préserver l'existence d'une dynamique harmonieuse au sein de la famille et maintenir l'enfant près des siens suppose que la famille et les proches soient soutenus. Il faut aider la famille à structurer son environnement et à développer une qualité de vie pour le couple, la fratrie et les proches. Il est aussi nécessaire de favoriser le maintien ou le développement de l'équilibre psychosocial sur les plans personnel, conjugal, familial et social.

Il faut prévoir un volet de formation pour les intervenants qui auront à agir dès le début auprès de ces familles. C'est au CLSC, dans les ateliers de stimulation précoce, que les parents se verront confirmer leur doute quant aux comportements bizarres de leur enfant. Les intervenants devront être en mesure de les orienter rapidement et de les soutenir de façon adéquate.

Très tôt, il est important que les familles se sentent bien accompagnées et orientées. Les intervenants des CLSC devront être bien renseignés sur la gamme de services offerts, les ressources d'entraide et les services disponibles sur chacun des territoires.

L'important est que les familles identifient rapidement le bon endroit pour leur enfant. Ils seront dès le départ supportés et orientés à l'endroit qui répondra le mieux à leur besoin.

- ***L'évaluation globale***

L'évaluation globale comprend: l'évaluation médicale, l'évaluation en pédopsychiatrie et l'évaluation par l'équipe responsable de la stimulation spécifique.

En ce qui concerne l'évaluation médicale, un protocole devra être établi par une équipe de médecins (pédopsychiatre et pédiatre). Une fois complété et accepté, ce protocole devra être connu de tous les milieux qui auront à orienter les familles en vue d'un diagnostic ou de services de stimulation spécifique.

- ***La stimulation spécifique***

Ce service vise particulièrement les enfants 0 à 5 ans identifiés comme ayant un trouble envahissant du développement. Ce programme de stimulation sera établi en tenant compte des différentes techniques déjà existantes : TEACCH, analyse comportementale appliquée (Lovas), thérapie d'échange et de développement et Zélazo.

La philosophie d'intervention doit privilégier le fait de rejoindre les enfants directement dans leur milieu de vie (par exemple : maison familiale, milieu de garde, maison de la famille). En conséquence, les intervenants en stimulation spécifique devront collaborer avec les CLSC (programme de stimulation précoce), les centres de la petite enfance, le milieu scolaire, la pédopsychiatrie et les organismes communautaires.

Le programme entier de stimulation spécifique devra être conçu en partenariat avec tous les secteurs qui ont à intervenir auprès de cette clientèle.

Le Centre de stimulation L'Envol a, depuis quelques années, développé une expertise en stimulation spécifique. Une collaboration entre ce centre et le CSDI sera fort intéressante afin de développer un programme régional de stimulation spécifique.

Le programme de stimulation spécifique devra faire des liens avec la pédopsychiatrie, et ce, afin que le médecin qui évalue l'enfant puisse aussi connaître l'évolution de celui-ci et faire ses recommandations.

La prise en charge de l'enfant et de sa famille pour débuter le programme de stimulation spécifique devra se faire dans un délai maximal d'un mois suivant la recommandation. L'intensité de la stimulation devra être de 25 heures par semaine pour au moins six mois. Il faut aussi s'assurer que le milieu dans lequel l'enfant évolue puisse poursuivre le travail effectué par les intervenants spécialisés. Les intervenants de l'équipe de stimulation spécifique ont, entre autres, comme mandat d'agir comme agents multiplicateurs dans les milieux afin de favoriser l'autonomie des gens.

- ***L'hébergement pour les enfants et les adultes***

Le Centre de services en déficience intellectuelle joue un rôle important dans l'hébergement des enfants ayant un trouble envahissant du développement. Il met à la disposition de ces enfants plusieurs ressources de type familiale. Il faut toutefois penser que les responsables de ces ressources n'ont jamais reçu de formation et que souvent ils se sentent dépassées par les comportements de l'enfant. Au même titre que les autres intervenants, ils auront besoin de recevoir de la formation sur la façon d'intervenir adéquatement auprès de cette clientèle.

Il est important aussi de ne pas oublier la famille naturelle de l'enfant qui souvent en est venue à cette option suite à un épuisement. Il s'avère important de continuer à l'impliquer auprès de l'enfant et de lui fournir le support nécessaire.

Les adultes ont aussi besoin d'un milieu résidentiel répondant à leurs besoins et qui se situe le plus près possible de leur milieu naturel. Aussi, il faudra s'assurer de mettre en place un réseau d'hébergement spécifique pour les adultes qui en ont besoin.

- ***L'intégration socio-professionnelle des adultes***

Après la période scolaire, il arrive fréquemment que les adultes ne se trouvent pas de place dans le réseau du travail. Les ateliers pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ne répondent pas non plus à leurs besoins. Le travail répétitif et de longue durée n'est pas adapté à leur situation.

Autisme Mauricie a développé un projet qui vise autant à répondre aux besoins de travail des jeunes adultes qu'à leur besoin au niveau de l'hébergement et des loisirs. Ce projet n'est pas actuellement en fonction, mais les infrastructures sont prêtes à recevoir la clientèle. Une collaboration entre le CSDI et Autisme Mauricie sera importante à développer pour bien répondre aux besoins de cette clientèle adulte.

- ***La coordination des plans de services individualisés***

La coordination des plans de services individualisés a pour objectif d'assurer la continuité et la complémentarité des services.

La continuité a pour base les choix orientant la personne vers des services donnés. Ces choix doivent être faits le plus judicieusement possible afin d'éviter les réorientations dans d'autres types de services. La continuité suppose également que les étapes de transition entre les différents milieux (garderie, école, milieu d'intégration au travail, milieu résidentiel, etc.) correspondant à l'âge de la personne soient planifiées, afin d'éviter des périodes sans service. La continuité signifie enfin que les diverses interventions doivent être orientées dans le même sens, afin de ne pas contrecarrer l'atteinte des objectifs visés.

La complémentarité nécessite l'apport de tous et chacun en fonction des orientations ou des approches régionales retenues. La complémentarité suppose que chacun puisse exercer sa compétence et qu'on puisse compter sur la compétence de tous. La nature même des troubles envahissants du développement exige le partenariat. Des ententes de service peuvent être consolidées ou développées afin de rendre les services accessibles aux personnes présentant des troubles envahissants du développement, à leur famille et à leurs proches. Ces ententes peuvent être établies à l'intérieur du réseau, entre le réseau des services sociaux et les organismes communautaires, etc. et ce, à l'intérieur d'une même région ou entre diverses régions.

MESURES

- **Confier au CSDI le mandat, en collaboration avec les CLSC et les organismes communautaires, de sensibiliser et d'informer la population.**
- **Confier au CSDI le mandat d'informer l'ensemble des partenaires (incluant les médecins) sur la gamme de services disponibles.**
- **Confier au CSDI le mandat de former les intervenants des centres de la petite enfance (référence au protocole d'entente :** *Pour l'intégration des enfants ayant un handicap en services de garde*), **les intervenants des CLSC, des commissions scolaires et les médecins appelés à identifier les enfants présentants des troubles envahissants du développement.**
- **Confier aux CLSC, en collaboration avec les groupes d'entraide de parents, le support aux familles et à leurs proches.**
- **La Régie régionale s'assurera que les parents auront accès à différents programmes offerts par les CLSC tels que le répit-dépannage et le transport-hébergement.**
- **Confier au CSDI le mandat de désigner un intervenant responsable de l'ensemble des évaluations.**
- **Confier au CSDI le mandat de soutenir une équipe médicale (pédopsychiatre et pédiatre) afin d'élaborer un protocole d'évaluation médicale.**
- **Confier au CSDI, en collaboration avec le Centre de stimulation L'Envol, le mandat de développer un programme régional de stimulation spécifique pour la clientèle présentant des troubles envahissants du développement.**
- **Confier au CSDI, en partenariat avec Autisme Mauricie, la responsabilité de créer un réseau d'hébergement répondant aux besoins des enfants ne pouvant résider au domicile familial.**

- **Confier au CSDI, en partenariat avec Autisme Mauricie, le mandat de développer pour l'ensemble de la région un réseau d'hébergement spécifique pour les adultes qui le requierent.**

- **Confier au CSDI, en partenariat avec Autisme Mauricie, le mandat de développer pour l'ensemble de la région un continuum de services d'intégration socio-professionnelle allant de l'atelier de travail au travail régulier.**
- **Confier au CDSI le mandat d'élaborer et de coordonner les plans de services individualisés afin que les services nécessaires au bien-être du client et de sa famille soient mis en place.**

Objectif C

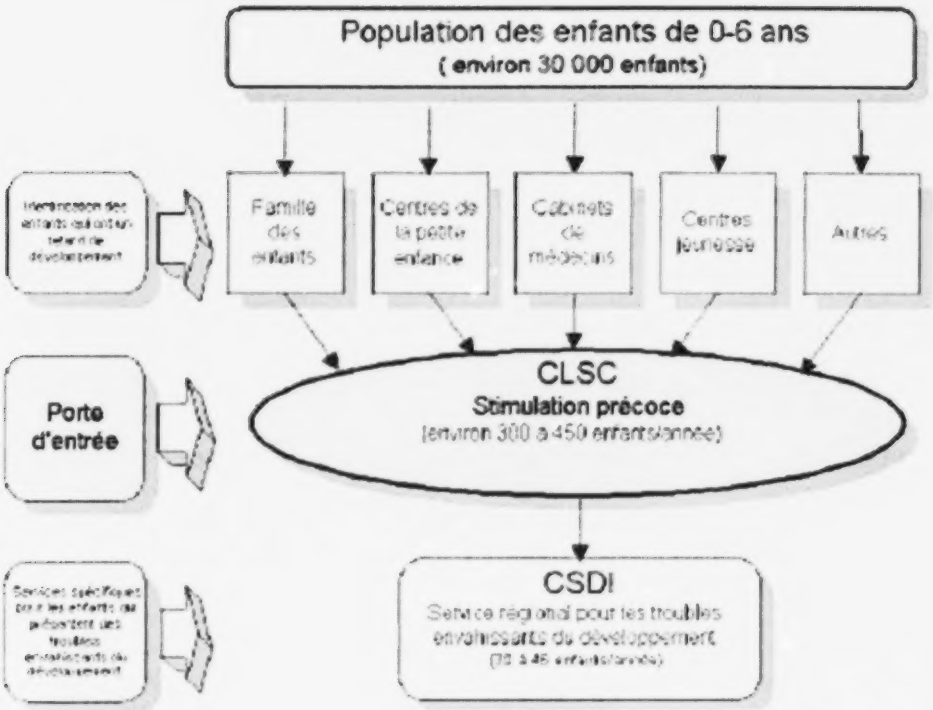
Identifier un établissement comme porte d'entrée pour la clientèle présentant un retard de développement.

Pour les familles et les proches des enfants présentant des troubles envahissants du développement, il est important de savoir à quel endroit ils doivent se présenter pour recevoir les services du réseau dans ce domaine. Cela est vrai aussi pour les organismes et les établissements qui sont en contact avec cette clientèle.

Les CLSC joueront le rôle de porte d'entrée pour cette clientèle et offriront, comme mentionné précédemment, des services de stimulation précoce.

Quand la stimulation précoce ne donnera pas les résultats attendus, une référence sera faite aux "services régional des troubles envahissants du développement" sous la responsabilité du Centre de services en déficience intellectuelle.

Le tableau suivant illustre le cheminement que suivra un enfant dont on a identifié un retard de développement.



MESURES

- **Confier aux CLSC la responsabilité d'être la porte d'entrée pour les enfants présentant un retard de développement.**
- **Confier au CSDI, en collaboration avec les CLSC, le mandat de sensibiliser les médecins de famille, les pédiatres, les centres de la petite enfance et les Centres jeunesse à l'importance de référer les enfants avec un retard de développement au CLSC.**
- **Confier au CSDI le mandat d'établir un protocole de collaboration avec les équipes de stimulation précoce des CLSC pour la prise en charge des enfants ayant un retard de développement sévère.**

Objectif D

Établir une collaboration avec les commissions scolaires de la région Mauricie et Centre-du-Québec.

Actuellement, le réseau scolaire éprouve souvent de la difficulté à offrir des services adaptés à ces jeunes. L'expertise qui sera développée par le CSDI pourra servir à informer et soutenir les milieux scolaires dans leur démarche d'éducation auprès des jeunes.

Un travail important est aussi à faire auprès des parents qui sont souvent inquiets des services que leur jeune reçoit dans le réseau scolaire. Il faut clarifier leurs attentes, expliquer les programmes en place et bien définir le rôle des intervenants dans les écoles. Le bureau régional du ministère de l'Éducation s'est montré très intéressé à travailler en partenariat avec l'établissement responsable afin de mettre sur pied les ressources nécessaires.

MESURES

- **Confier au CSDI la responsabilité de créer une collaboration avec les personnes ressources du ministère de l'Éducation en vue de développer des services scolaires adéquats pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement.**
- **Confier au CSDI la responsabilité d'établir des protocoles avec les commissions scolaires et Autisme Mauricie, pour des stages de travail adaptés à cette clientèle.**

Objectif E

S'assurer que des activités de formation soient offertes aux intervenants appelés à travailler auprès de cette clientèle.

Actuellement, il est difficile de trouver une formation adaptée aux besoins du réseau de services. Par contre, la Société québécoise de l'autisme commence à offrir une série de formations spécifiques à cette clientèle.

Lorsque le "service régional des troubles envahissants du développement" sera mis en place, il faudra rapidement commencer à former les intervenants. De plus, chacun des secteurs qui a à travailler auprès de cette clientèle sera responsable d'aller chercher la formation nécessaire pour assurer une intervention adaptée et de qualité auprès de ces personnes et de leur famille.

MESURES

- **Confier au CSDI le mandat de former les intervenants du "service régional des troubles envahissants du développement".**
- **Confier au CSDI le mandat de former les familles des personnes présentant des troubles envahissants du développement.**
- **Confier au CSDI le mandat de s'assurer que les intervenants ayant bénéficié de formations agissent comme agents multiplicateurs auprès des personnes gravitant autour de cette clientèle.**

Orientation 12

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec reconnaît l'importance de l'émergence d'un réseau structuré de ressources non institutionnelles comme milieu de vie substitut ou comme alternative à l'hospitalisation.

Objectif A

S'assurer du développement et de la consolidation d'une gamme variée de ressources résidentielles adaptées aux besoins multiples des différentes clientèles.

Les *Orientations ministérielles pour la transformation des services de santé mentale* (1997) et le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998) confirment la nécessité de revoir l'organisation du réseau résidentielle de la région.

Afin de bien répondre aux besoins évolutifs de la clientèle, il est essentiel de fournir à la personne qui éprouve des problèmes de santé mentale un hébergement stable, adapté, à prix abordable et accompagné d'un soutien à long terme pour qu'elle puisse s'intégrer dans son milieu. Il y a actuellement deux tendances quant aux moyens d'atteindre cet objectif, soit l'hébergement individuel ou la cohabitation dans un réseau résidentiel gradué et diversifié. Un modèle unique ne saurait convenir à la grande diversité des incapacités fonctionnelles qui affectent certaines personnes.

Les ressources résidentielles doivent être variées et remplir diverses fonctions : soutien, services de base, réadaptation, intervention de base à spécialisée et d'intensité variable.

De toute évidence, la personne concernée devrait avoir la possibilité de décider de son milieu de vie, à la lumière des choix qui s'offrent à elle. Pour ce faire, il faut être en mesure d'offrir un large éventail de ressources résidentielles dans la communauté et ce, le plus près possible du milieu naturel.

La Régie régionale est très sensible à cet important volet du continuum de services. C'est dans cet esprit que le conseil d'administration de la Régie régionale, le 12 novembre 1997, a confirmé la nécessité de mettre sur pied un comité de pilotage stratégique sur les ressources non institutionnelles.

Ce comité de travail régional avait pour mandat de faire des recommandations à la Régie régionale, afin de mieux répondre aux besoins des usagers des ressources non institutionnelles. Il devait se donner un modèle d'organisation clinico-administratif plus efficace et plus efficient des ressources non institutionnelles, dans une perspective d'équité par territoire de CLSC. Ces travaux se sont réalisés en véritable partenariat sur une période de plus d'un an.

Suite à une période de consultation régionale, en janvier 1999, il en a découlé une importante indication en regard de la nécessité et de l'importance de développer un réseau diversifié, gradué et complémentaire de ressources afin de répondre davantage aux besoins grandissants de la population.

En mars 1999, le comité de pilotage stratégique sur les ressources non institutionnelles déposait onze recommandations très précises à la Régie régionale. Ces recommandations avaient pour objectif de transformer certaines ressources existantes et de permettre de développer de nouvelles ressources, de mettre en place des moyens pour améliorer les ressources d'hébergement, d'assurer le financement, de développer des relations harmonieuses avec les organismes communautaires d'hébergement et les organismes à but non lucratif, de définir les relations entre le réseau public et le réseau privé, de favoriser une concertation régionale et finalement, de faciliter la transition.

Le rapport final sur les orientations régionales pour les ressources non institutionnelles a été adopté le 28 avril 1999 par le conseil d'administration de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Une vue d'ensemble des travaux permet de dégager quelques éléments clés qui seront déterminants à la transformation du réseau résidentiel en santé mentale.

MESURES

- **Confier au CHCM (vocation régionale en santé mentale) conformément aux** *Orientations régionales des ressources non institutionnelles,* **la responsabilité de la gestion clinico-administrative du réseau RTF et RI.**
- **Confier au CHCM (vocation régionale en santé mentale), le mandat de faire une analyse exhaustive des besoins de la clientèle vivant en ressources résidentielles RI et RTF et proposer à la Régie régionale un plan de transformation, de consolidation et de développement déconcentré au plan régional et ce, en concordance avec les besoins évolutifs de la clientèle.**

- **Confier au CHCM (vocation régionale en santé mentale) la responsabilité de mettre en place des ressources résidentielles (RTF et RI) adaptées et de dimensions réduites. Ces ressources spécialisées et normalisantes devront être disponibles et accessibles pour la clientèle présentant des troubles mentaux graves à réintégrer dans la communauté. Pour ce faire,**

il faudra réserver une enveloppe budgétaire distincte à ce projet.

- **Confier aux organismes communautaires qui offrent présentement de l'hébergement, sous réserve d'une entente avec la Régie régionale, le mandat d'offrir des services résidentiels temporaires (hébergement-dépannage) répartis équitablement par regroupement de territoire de CLSC. Cette entente devra être en conformité avec les orientations du** *Plan de consolidation 1999-2002* **qui prévoit déterminer les balises et les conditions régissant l'hébergement par les organismes communautaires.**
- **La Régie régionale prévoira une stratégie financière pour supporter la consolidation et le développement de RI et RTF, ainsi que pour le soutien aux organismes communautaires d'hébergement dépannage (SOC).**

Chapitre 11: Organisation médicale

État de situation

Les médecins psychiatres se répartissent inégalement au Québec. En moyenne, l'ensemble du Québec compte 1 psychiatre par 8 611 habitants. La grande majorité des effectifs en psychiatrie se retrouve à Montréal, avec 1 psychiatre par 4 151 habitants et à Québec, avec 1 psychiatre par 5 487 habitants. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se situe parmi les régions les plus démunies, avec 1 psychiatre par 27 893 habitants.

En septembre 1999, selon les bassins de desserte des centres hospitaliers, les effectifs en médecins psychiatres et pédopsychiatres pour la région se répartissaient ainsi :

Tableau IV

Les effectifs en médecins psychiatres et pédopsychiatres pour la région

Bassin de desserte	État des effectifs En médecins psychiatres et pédopsychiatres au 15-09-99	Nombre de médecins par population
CSSS de la Saint-Maurice Population : 16 473	0,2	1/ 82 365
CHCM : CHSGS Population : 82 727 CHCM : Ste-thérèse Population : 488 136	2,0 2,0	1 / 41 363
CHRTR Population : 172 649	3,8	1 / 45 434
CSSS N-Y Population : 42 998	1,1	1 / 39 089
Ste-Croix Population : 85 296	4,0	1 / 21 321
HDA Population : 87 993	4,5	1 / 19 554
Région 04 **Population : 488 136**	**17,6**	**1 / 27 735**

La pénurie des ressources médicales en santé mentale s'aggrave de manière alarmante. Cette conjoncture entrave la mise en œuvre des orientations en santé mentale. De plus, cette pénurie de médecins occasionne des insatisfactions pour les médecins psychiatres qui travaillent dans la région : surcroît de travail, peu de temps pour développer des projets novateurs (par exemple, des cliniques pour jeunes psychotiques), difficulté d'avoir du temps pour la formation médicale continue, etc. Les partenaires vivent des inconvénients de la rareté de ces ressources dont le peu de support pour les médecins de famille et des délais plus longs pour des consultations.

Annuellement, un peu plus de trente résidents en psychiatrie terminent leur spécialité. Malheureusement, la région n'attire pas un grand nombre de nouveaux psychiatres.

En conséquence, des stratégies agressives et mobilisatrices devront être mises en œuvre immédiatement, dont :

Une offre de service en psychiatrie stimulante au plan clinique :

- affiliation universitaire;
- association avec les centres de recherche;
- une organisation de services en santé mentale complémentaire avec les CLSC, cabinets privés et organismes communautaires;
- modernisation du concept de départements de psychiatrie (infrastructure sécuritaire, support informatique, recherche, etc.).

Une offre de service stimulante pour les médecins de famille :

- programme régionale de formation en santé mentale;
- représentations auprès du Ministère afin d'ajuster le mode de rémunération pour le suivi des patients en santé mentale;

Des stratégies de recrutement et de maintien des ressources médicales en santé mentale :

- Formation d'un comité stratégique composé d'un médecin de famille, d'un médecin psychiatre, d'un directeur des services professionnels, d'un directeur de centre hospitalier et d'un représentant de la Régie régionale, ayant pour but de faire un diagnostic sur les raisons de la pénurie, définir les besoins en ressources médicales (médecins de famille et psychiatres) et élaborer une stratégie de recrutement et de rétention des ressources médicales.
- Représentations auprès du Ministère pour que les psychiatres reçoivent une rémunération à 120 %.
- Représentations auprès du Ministère pour déplafonner les limites salariales pour la région.
- Demande au Ministère d'augmenter les entrées d'étudiants en psychiatrie et qu'il affecte ces ajouts aux seuls étudiants qui s 'engagent à pratiquer en région manquant d'effectifs.
- Demande au Ministère de rendre disponible des incitatifs comme des primes d'installation, pour les établissements en pénurie.

Dans les années 1980, les médecins ont initié un programme novateur de formation pour habiliter et supporter les médecins de famille désirant prendre en charge des malades psychiatriques. Ce programme a connu un succès avec les médecins de Drummondville et de Shawinigan.

En janvier 1998, le Collège des médecins du Québec rendait public un rapport intitulé : *Accessibilité aux soins psychiatriques et aux services en santé mentale au Québec*, dont les orientations s'inspirent du programme de la région.

Quatre types de recommandations ont été proposés par le Collège :

Recommandations relatives à la pratique médicale :

- Que le médecin psychiatre, dans le cadre de sa pratique professionnelle, accorde la priorité à l'accès à la consultation et au soutien professionnel du médecin référant, ce qui signifie être disponible pour donner suite rapidement à une demande de consultation qui lui est adressée.
- Que le médecin de famille assume le suivi du malade en fonction des recommandations du rapport de consultation et selon ses compétences en santé mentale.
- Que par l'entremise du Conseil d'éducation continue, soient mises sur pied et rendues accessibles aux médecins de la région des activités éducatives en psychiatrie.

Recommandations relatives à l'organisation des services :

- Que les médecins psychiatres attachés cliniquement à un département clinique se partagent les obligations relatives à la couverture des soins psychiatriques de deuxième ligne, en donnant priorité au médecin de première ligne.
- Que les chefs de ces départements soient des leaders qui participent activement à la transformation des services de santé mentale de leur territoire et, qu'en ce sens, ils soient des interlocuteurs privilégiés des régies régionales et des partenaires, dont les équipes de base en CLSC sur leur territoire.

Recommandations relatives à la distribution des ressources :

- Que des démarches soient faites auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux pour que les citoyens de la région aient accès à des soins spécialisés en psychiatrie et à des ressources suffisantes pour procéder à la transformation des services de santé mentale.

Recommandations relatives aux soins et aux services à des clientèles particulières :

- Que les programmes de formation des médecins accordent une attention particulière aux problématiques de santé mentale que présentent les enfants, les adolescents, les personnes âgées et les itinérants.
- Que les services de pédopsychiatrie soient considérés comme des services spécifiques et organisés en fonction de bassins de desserte à portée régionale.

Dans les orientations sur l'organisation des services en santé mentale, l'importance des médecins de famille en CLSC, pour consolider les équipes de base en santé mentale et les équipes enfance-jeunesse-famille, sont incontournables pour la réussite des orientations. Actuellement, peu de médecins de famille s'impliquent auprès de ces équipes. Un défi important sera de mobiliser les médecins de famille pour qu'ils s'engagent activement dans les équipes du CLSC.

Orientation 13

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend soutenir la réorganisation des services médicaux en santé mentale.

MESURES

- **La Régie régionale devra, en collaboration avec les CHSGS, le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, le Carrefour santé et services sociaux du Haut-St-Maurice et le CHCM (volet régional en santé mentale), élaborer une stratégie de recrutement et de maintien des ressources médicales en santé mentale..**
- **La Régie régionale assurera l'organisation d'une série de formation pour les médecins de famille pour les habiliter à suivre les patients psychiatriques.**
- **Confier aux établissements (CHSGS, le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, le Carrefour santé et services sociaux du Haut-St-Maurice et le CHCM (volet régional en santé mentale) le mandat d'implanter le modèle du Collège des médecins qui privilégie le suivi des patients par le médecin de famille et favorise que le psychiatre accorde la priorité à la consultation et au soutien du médecin de famille.**
- **La Régie régionale devra entreprendre des démarches pour impliquer les médecins de famille au niveau des CLSC.**

Chapitre 12 : Recherche et évaluation

État de situation

La transformation des services de santé mentale constitue une période charnière au cours de laquelle plusieurs changements importants se produiront concernant les services à la population. Dans la mesure du possible, ces changements devraient s'appuyer sur les connaissances disponibles permettant ainsi de garantir un service de qualité aux personnes présentant des troubles mentaux. La recherche et l'évaluation sont donc appelées à orienter encore plus activement l'évolution de la transformation des services et à favoriser l'innovation, de concert avec les partenaires du domaine de la santé mentale.

La Régie régionale doit promouvoir la recherche et l'évaluation en concertation avec les diverses instances de recherche comme les universités et le Comité de santé mentale du Québec. Divers projets de recherche en partenariat sont une façon efficace et efficiente de produire des connaissances transférables immédiatement au profit de la population. Par la même occasion, les projets pourraient permettre de valoriser l'expertise acquise et de maintenir la compétence des intervenants sur le terrain.

Orientation 14

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place des outils d'évaluation et un programme de recherche permettant d'identifier les besoins de la population en matière de services de santé mentale et d'évaluer l'impact des transformations sur son état de santé et de bien-être.

Objectif A

Développer des indicateurs de mesure adaptés aux nouvelles orientations régionales en santé mentale et en faire le suivi.

Les activités de monitorage sont de deux ordres, d'une part il y a celles consistant à faire le suivi de certains indicateurs provenant de banques de données administratives. D'autre part, il existe celles permettant de faire le suivi de certains indicateurs qui auront été adaptés spécifiquement pour la transformation des services dans la région. Dans le domaine de la santé mentale des femmes, les indicateurs devront permettre de s'assurer de l'adéquation entre les besoins spécifiques des femmes et les services qui leurs sont offerts. En prenant appui sur les avis du comité régional aviseur sur les conditions de vie des femmes, diverses avenues pourront être explorées en ce qui a trait aux indicateurs, comme le recours à l'analyse différenciée selon les sexes.

MESURE

- **La Régie régionale verra à développer des indicateurs de mesure adaptés aux nouvelles orientations régionales en santé mentale, en collaboration étroite avec les organismes et les établissements qui œuvrent en santé mentale.**

Objectif B

Soutenir la planification et l'organisation des services en développant des stratégie de recherche permettant l'identification des besoins de la population qui peuvent être différents pour les femmes et pour les hommes.

En matière d'identification des besoins de la population, un effort important doit être consenti au développement de stratégies et d'outils permettant de soutenir la planification et l'organisation des services à la population.

MESURE

- **La Régie régionale s'assurera de développer des activités, incluant des projets de recherche, permettant d'identifier les besoins de la population.**

Objectif C

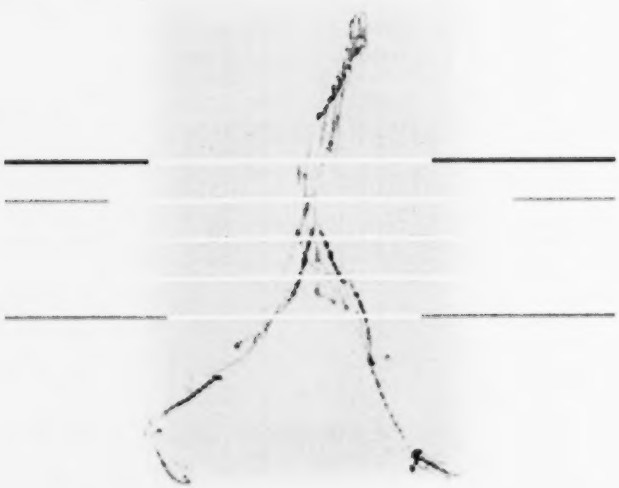
Développer des projets de recherche clinique permettant de développer la gamme de services requis pour les personnes présentant des troubles mentaux.

La transformation des services en santé mentale entraîne la création de nouveaux types de services et en transforme un grand nombre d'autres. Dans ce contexte, la recherche clinique prend toute son importance pour s'assurer que les nouveaux services de pointe, comme le suivi intensif en équipe, répondent bien aux objectifs qu'ils visaient lors de leur mise en place.

MESURE

- **Confier au CHCM (vocation régionale en santé mentale) le mandat de développer des projets de recherche clinique dans le domaine de la santé mentale, en étroite collaboration avec les différents partenaires.**

Partie 2
Conditions de réussite



Chapitre 13: Mécanismes de transition

La transformation n'est pas une simple affaire d'accroissement de l'efficacité et de l'efficience des modes de distribution des services. Elle tient aussi aux changements de valeurs, d'approches et de pratiques qui ont été introduits et continuent d'être promus dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler le virage qualité de vie dans la communauté.

Dans un premier temps, il faut identifier les conflits actuels et potentiels et ce, à chaque étape du processus de transition. Cela représente une étape préalable au changement.

Plusieurs professionnels ont fait le choix d'œuvrer en établissement, de la même manière que des intervenants de CLSC ou des services communautaires ne s'attendaient pas à travailler auprès des personnes atteintes de troubles mentaux, certaines ayant été institutionnalisées. Il est possible qu'il y ait des résistances de part et d'autre, d'où l'importance de prévoir et d'aménager des lieux de dialogue, d'échange d'expertise et d'opinion sur le travail pour les groupes concernés.

On oublie aussi trop souvent de souligner les efforts de changement ou d'adaptation déployés depuis longtemps et dans plusieurs milieux par un très grand nombre d'intervenants pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services dans la communauté.

Pour soutenir et enrichir le nouveau réseau de services intégrés, il est souhaitable d'instaurer un processus de formation de la main d'œuvre, tant dans les milieux communautaires qu'hospitaliers, par une mise en commun du savoir, du savoir-être et du savoir-faire.

Enfin, pour éviter que les personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent sans soutien, il faut prévoir des budgets de transition de façon à ce que les services habituels soient assurés pendant que se mettent en place les nouveaux services.

L'avenir devra favoriser une évaluation réaliste, suffisamment nuancée, respectueuse des efforts de tous en regard des différents mécanismes de transition déployés.

Pour ce faire, la Régie régionale entend soutenir la mise en œuvre du plan de transformation en santé mentale et ce, en supportant prioritairement trois mécanismes de transition :

- Améliorer les conditions de mobilité de la main d'œuvre afin de préserver l'expertise.
- S'assurer de la formation des ressources humaines travaillant dans les services de santé mentale et, en priorité, celles dont le rôle et la tâche seront modifiés par la transformation.
- S'assurer de la planification et du financement de la transition des services actuels vers des services dans la communauté.

Améliorer la conditions de mobilité de la main d'œuvre afin de préserver l'expertise

Les orientations régionales en santé mentale proposent une transformation en profondeur des services dispensés à la population, où les ressources humaines vont être appelées à jouer un rôle stratégique.

L'utilisation optimale des compétences de la main d'œuvre des différentes organisations, par la révision de l'organisation du travail, l'encouragement à la mobilité, la préparation de la relève et le replacement de tout le personnel en sécurité d'emploi, exigent une vision innovatrice.

Le succès de la transformation dépend en grande partie d'une analyse soignée, eu égard aux ressources humaines et l'élaboration de stratégies viables pour les gérer efficacement.

De fait, en plaçant les personnes au cœur de cette transformation, le projet d'actualisation des orientations en santé mental traduit fort bien l'esprit qui se dégage de l'orientation en ressources humaines du *Plan de consolidation 1999-2002.*

Un style de communication plus ouvert, la reconnaissance de la menace anticipée par les travailleurs, l'établissement de milieux de travail qui soient innovateurs et qui offrent du soutien peuvent contribuer, de manière importante, au succès de la mobilité de la main d'œuvre.

En misant sur la qualité, la compétence et l'engagement des personnes, le projet d'actualisation vise à adapter la gestion des établissements touchés par cette transformation à la nouvelle réalité de la dispensation des services en santé mentale par la participation et le développement des personnes.

Pour ce faire, les deux stratégies suivantes sont proposées :

- Une première stratégie vise à associer les personnes au projet. Ainsi, les établissements touchés par cette transformation et le personnel, par la voix de leurs représentants syndicaux, seront invités à participer activement aux travaux qui permettront d'explorer les impacts de la transformation, spécifiquement ceux créés par l'introduction des nouveaux modes de pratiques d'intervention, et de réfléchir sur les conditions organisationnelles jugées facilitantes.
- Une seconde stratégie propose d'utiliser, de façon optimale, les ressources humaines en portant une attention particulière à l'expertise développée jusqu'ici par les intervenants, et la nécessité de garantir un maximum de flexibilité dans la gestion des mouvements de main d'œuvre, toujours dans la perspective de faciliter le maintien et le développement des compétences.

S'assurer de la formation des ressources humaines travaillant dans les services de santé mentale et, en priorité, celles dont le rôle et la tâche seront modifiés par la transformation

La formation des intervenants est essentielle pour soutenir et enrichir la transformation et préparer ces derniers à exercer des fonctions et des rôles différents.

Les actions de portée régionale doivent permettre de créer des conditions favorables à l'adhésion des principes de respect mutuel reconnus, afin de soutenir la collaboration selon l'esprit des nouvelles orientations. Pour ce faire, il est préconisé d'utiliser une approche dynamique axée à la fois sur l'acquisition de connaissance et sur l'expertise pratique.

Les activités de développement des compétences sont un levier fort utile à une mobilité accrue des ressources humaines vers de nouveaux défis et de nouvelles expériences ou opportunités.

Ainsi, tel que spécifié dans le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998), les cibles à privilégier en matière de formation sont l'acquisition des aptitudes et des connaissances nécessaires pour :

- Faciliter l'intégration sociale et améliorer la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves et leur entourage.
- Intervenir auprès des personnes ayant des problèmes multiples (toxicomanie et santé mentale).
- Donner une réponse adaptée aux besoins particuliers des femmes et des hommes.

La Régie régionale entend contribuer au développement des compétences du personnel incluant celles des médecins. Des mesures de soutien seront proposées aux établissements et aux organismes communautaires afin qu'ils puissent s'approprier les orientations régionales en santé mentale, en dégager les impacts sur l'organisation actuelle des services et les pratiques d'intervention, identifier les besoins de développement, et convenir des mesures destinées à y répondre, en ayant à l'esprit le maintien et le développement du niveau actuel des compétences.

S'assurer de la planification et du financement de la transition des services actuels vers des services dans la communauté

L'objectif visant la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour s'inscrit dans une approche centrée sur le transfert de certaines ressources vers la communauté. Il faut prévoir qu'il y aura des coûts de transition inévitables. Non seulement le budget doit suivre les personnes de l'hôpital vers la communauté, mais les ressources alternatives à l'hospitalisation doivent être en place avant la fermeture des lits hospitaliers. Une enveloppe budgétaire de transition devra être consacrée aux organismes et établissements ayant le mandat de développer dans la communauté des services essentiels à la réussite de la transformation.

Pour garantir le succès de la transition, il faut déterminer le volume et la qualité des différentes structures d'accompagnement et de lieu d'accueil à mettre en place. La Régie régionale s'assurera que chaque établissement du réseau planifie un projet qui déterminera la séquence des activités de transformation ainsi que les coûts financiers inhérents à la réorganisation. L'élaboration, par la Régie régionale, du plan de mise en œuvre permettra de coordonner et de conduire avec succès la transformation de l'organisation des services en santé mentale.

Sans une réallocation budgétaire graduelle, le risque est d'aggraver plutôt que d'améliorer la situation des personnes présentant des troubles mentaux qui vivent ou vivront sous peu dans la communauté. Il est nécessaire que le continuum de services soit accessible et puisse garantir un niveau de qualité aux personnes atteintes de troubles mentaux et à leurs proches.

Le plus grand défi, parallèlement à la planification financière de la transition, est d'instaurer une culture de soutien proactive par la créativité, la concertation et l'engagement d'un grand nombre d'intervenants dans la réalisation des changements requis.

Chapitre 14 : Planification budgétaire de la gamme de services en santé mentale

La très grande majorité des mesures contenues dans les orientations en santé mentale devront se réaliser à même l'enveloppe régionale actuelle. Les contours financiers 1994-1995 serviront de base pour la réallocation. Le budget global en santé mentale se chiffre à 45 777 947 $. Les dépenses se répartissent conformément au tableau suivant :

PROGRAMMES	DÉPENSES
Organisme communautaires	1 897 362 $
Services sociaux	5 742 546 $
Centre de crise	396 000 $
Répit et dépannage	326 387 $
Équipe de base	87 975 $
Centre de jour	1 422 126 $
Services ambulatoires	4 998 444 4 $
Réadaptation - C.I.C (CHCM)	2 197 821 $
Lits de courte durée	11 480 968 $
Lits de psychiatrie légale	1 625 353 $
Lits de longue durée	8 937 570 $
Ressources de type familial	3 212 430 $
Ressources en pavillons	2 823 985 $
Formation	72 980 $
Budget de transition	556 000 $
Total des dépenses en santé mentale	**45 777 947 $**

Les principes directeurs qui guideront le financement sont :

- L'enveloppe budgétaire de 45 777 947 $ pour la santé mentale est une enveloppe protégée. Les sources de financement pour réaliser ces mesures proviendront des budgets actuellement disponibles.
- Conformément au Projet de consolidation 1999-2002, la Régie régionale entend respecter l'équité territoriale en tenant compte de la clientèle existante.
- Les budgets alloués pour les services respecteront les coûts directs et indirects réels.
- La répartition des budgets entre les services se fera sur la base d'un coût « plancher ». Cependant, une partie du budget sera garder en réserve pour pallier aux dépenses imprévues.

Les organismes communautaires, en acceptant d'offrir les services spécifiques qui leurs sont confiés dans les orientations régionales, seront financés pour ces services suite à une entente écrite avec la Régie régionale.

MESURE

- **La Régie régionale mettra tout en œuvre pour aller chercher auprès du Ministère de nouvelles sources de financement pour augmenter l'enveloppe budgétaire disponible, entre autres, au niveau des sommes nécessaires à la période de transition des services.**

Chapitre 15 : Concertation et formation continue

La concertation

La Régie régionale, en mettant de l'avant les orientations régionales en santé mentale, convie l'ensemble des partenaires à se concerter et se coordonner. Ces termes étant parfois interprétés différemment, il apparaît important de définir ces concepts qui sont intrinsèques à la réussite du projet régional. Coordonner fait référence à agencer des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent et un résultat déterminé. Pour ce qui est de se concerter, ce concept fait appel à préparer ensemble un projet, et s'entendre pour agir.

Les partenaires de chacun des territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec doivent, en collaboration avec les établissements à vocation régionale (Centres jeunesse, CHSGS, CHCM, Domrémy, CSDI), s'assurer d'une réponse intégrée aux besoins des personnes, en prenant soin de développer des continuums de services couvrant l'ensemble des actions préventives, curatives, d'adaptation et de réadaptation et ce, quel que soit le type ou le nombre de problématiques en cause.

Ainsi, les établissements à vocation régionale et les quatre centres hospitaliers ont la responsabilité de s'associer aux établissements et organismes de chaque territoire pour coordonner leurs actions et assurer à la population un accès à la gamme la plus complète possible de service. De plus, ils doivent appuyer les partenaires locaux, entre autres, par leur expertise spécialisée et coordonner leurs services avec les autres établissements à vocation régionale (exemple : CSDI, Domrémy, Centres jeunesse), particulièrement pour garantir une réponse adéquate aux personnes vivant plusieurs problématiques.

Les CLSC sont désignés pour initier ou soutenir la concertation territoriale. Ils sont imputables de la mise en place des mécanismes et des processus jugés nécessaires pour favoriser la concertation. Ces mécanismes et processus doivent refléter les réalités culturelles et organisationnelles de chacun des territoires et respecter les alliances stratégiques entre territoires.

Il est très clair qu'il s'avère nécessaire de faciliter la mise en place de processus décisionnels (administratif et clinique) transparents, connus et partagés par l'ensemble des partenaires concernés, tant au niveau territorial que régional.

Les mécanismes de concertation peuvent se situer à trois niveaux décisionnels dans la planification des services. Un niveau stratégique, composé des décideurs des établissements, des organismes communautaires et de partenaires intersectoriels qui doivent tendre vers une gestion intégrée de l'allocation des ressources pour le programme de santé mentale. Par ailleurs, le niveau tactique fait appel à la coordination des services et favorisent l'adaptation continue des services aux besoins évolutifs de la clientèle. Le niveau opérationnel fait appel à la nécessité d'assurer, par les équipes cliniques interétablissements et organismes, un lien continu entre les clients et le réseau de services intégrés (équipes intégrées, suivi non intensif dans la communauté, suivi intensif en équipe, etc.).

Les orientations régionales en santé mentale visent à rallier les forces et les contributions de chacun, en rendant officiel des mandats clairs et en émettant des objectifs de réalisation pour chacune des organisations responsables des mesures. En somme, la Régie régionale veut faire émerger une nouvelle culture où, à partir de responsabilités définies, chacun aura à s'entendre pour agir avec ses partenaires privilégiés et répondre de leur mandat respectif. Ainsi sera créé un réseau interactif de services.

La formation continue

La formation continue demeure essentielle pour soutenir et enrichir la démarche et pour préparer les intervenants à exercer des fonctions et des rôles différents dans le cadre de la transformation des services en santé mentale.

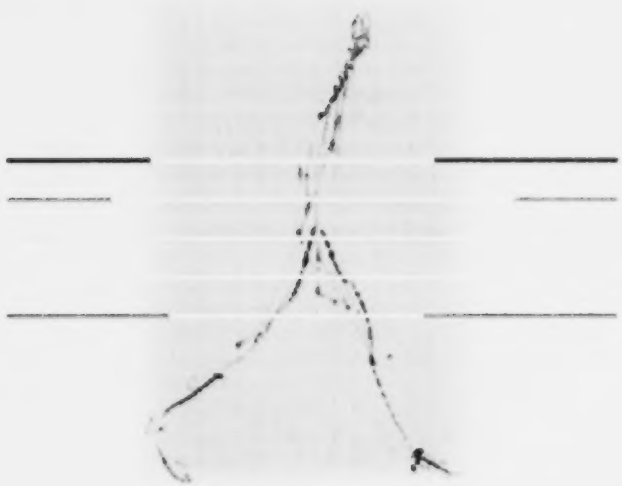
La Régie régionale collaborera avec l'ensemble des partenaires afin d'assurer la formation des ressources humaines travaillant en santé mentale et, en priorité, celles dont le rôle et la tâche seront modifiés de façon importante par la transformation.

Il est important que la formation continue permette l'acquisition d'aptitudes et offre de l'information théorique aux intervenants, afin de les aider à enrichir leurs connaissances. De plus, les activités de formation facilitent l'adhésion des partenaires à des principes reconnus, soutiennent la collaboration pour la transformation des services en santé mentale, en plus de créer un lieu d'échange permettant l'émergence des liens de collaboration. De façon particulière, la formation continue doit permettre d'atteindre les objectifs associés au développement de la main d'œuvre concernée par les orientations régionales en santé mentale et doit traiter entre autres des droits et recours en santé mentale.

MESURE

- **Une formation qui prendrait en compte les liens existants entre la santé mentale des femmes, leur socialisation et les conditions de vie problématiques auxquelles elles sont confrontées, amènerait une meilleure connaissance des différences entre les hommes et les femmes, un questionnement continu à propos des valeurs, des attitudes et des préjugés personnels améliorant ainsi les approches thérapeutiques auprès d'elles.**

Partie 3
La mise en œuvre des orientations régionales



Chapitre 16 : Un leadership clair de la Régie régionale

La Régie régionale assurera la diffusion des orientations régionales en santé mentale auprès du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de ses principaux partenaires. Il revient, en effet, à la Régie régionale de susciter l'adhésion, l'engagement et la mobilisation de l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des réseaux partenaires pour la mise en œuvre des orientations régionales. Elle offrira le soutien nécessaire à l'implantation des orientations en s'assurant que l'expertise et les ressources nécessaires y seront consacrées.

Les priorités dans la mise en œuvre des orientations régionales

La Régie régionale, avec l'aide du comité de pilotage en santé mentale, a identifié deux niveaux de priorité dans la mise en œuvre des orientations en santé mentale.

Le premier niveau fait référence aux mesures jugées essentielles et dont la mise en place doit se faire à très court terme. Il s'agit (1) de la réorganisation des services médicaux en psychiatrie et l'implication des médecins de famille en santé mentale, (2) de la mise en place du modèle régional d'intervention en situation de crise, (3) de la consolidation des services du suivi intensif en équipe, (4) des services hospitaliers de traitements psychiatriques ambulatoires (cliniques externes, hôpital de jour, urgences psychiatriques, services de consultations, développement de programmes spécialisés pour les psychotiques et les clientèles à problèmes multiples, etc.) et (5) du développement et de la consolidation d'une gamme variée de ressources résidentielles.

Le deuxième niveau fait référence aux mesures jugées très importantes et dont la mise en place doit se faire à court terme. Il s'agit (1) de la consolidation des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie, (2) de la consolidation des équipes interdisciplinaires enfance-jeunesse-famille des CLSC, (3) de l'implantation des équipes jeunesse intégrées pour les enfants et les jeunes et (4) de l'implantation ou la consolidation des équipes de base en CLSC.

Pourquoi ces priorités plutôt que d'autres ?

Sans la mise en place de ces priorités, il ne sera pas possible d'offrir aux personnes qui souffrent de troubles mentaux les services dont elles auront besoin pour continuer à vivre dans leur milieu de vie ou dans la communauté. Ces services sont essentiels pour éviter l'hospitalisation. Au fur et à mesure que ces mesures seront mises en place et que les résultats escomptés seront perceptibles, les centres hospitaliers pourront diminuer progressivement leur nombre de lits et raccourcir les durées d'hospitalisation. On pourra alors parler d'un réel virage communauté.

Aussi parce que le Ministère, dans son *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, a identifié les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux comme une de ses deux clientèles prioritaires au niveau du Québec.

Les autres orientations et mesures ?

Bien sûr, toutes les orientations régionales définies dans ce document et les mesures qui y sont rattachées sont importantes. Le fait d'identifier des priorités ne signifie pas que les autres mesures doivent être négligées. Les 14 orientations avec leurs 135 mesures forment un tout et chacune d'elles s'avère nécessaire pour que les personnes qui vivent des problèmes mentaux reçoivent la gamme complète des services dont elles ont besoin. Les établissements, les organismes communautaires et la Régie régionale auront la tâche, au court des trois prochaines années, de mettre en place non seulement les mesures qui ont fait l'objet d'une priorisation mais aussi l'ensemble des mesures contenues dans les orientations régionales.

Tableau illustrant la planification générale de la mise en œuvre des orientations régionales.

Activités à réaliser	Années de réalisation		
	1999 2000	**2000 2001**	**2001 2002**
Orientation 1 : Intensification des activités de promotion et de prévention.			
• Mettre en place sur chacun des territoires la gamme complète des services de promotion et de prévention.			X
Orientation 2 : Mise en place des services d'intervention en situation de crise.	X		
Orientation 3 : Mise en place de la gamme complète des services de base pour les enfants et les jeunes qui présentent des troubles mentaux.			
- Mise en place des équipes jeunesse intégrées	X		
- Consolidation des équipes interdisciplinaires enfance-jeunesse-famille des CLSC.		X	
- Disponibilité sur chacun des territoires de la gamme complète des services de base.		X	
- Amélioration des liens fonctionnels entre les différents acteurs.		X	
Orientation 4 : Mise en place de la gamme complète des services spécialisés pour les enfants et les jeunes.			
- Consolidation des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie.		X	
- Disponibilité de la gamme de services spécialisés sur les territoires desservis par les CHSGS.		X	
- Disponibilité d'hébergement, de traitement et de suivi pour les jeunes qui présentent des problématiques multiples.		X	

Activités à réaliser	Années de réalisation		
	1999 2000	2000 2001	2001 2002
Orientation 5 : Mise en place ou consolidation de huit types de services pour les personnes aux prises avec des problèmes mentaux graves.			
- Consolidation du suivi intensif en équipe.	X		
- Consolidation du suivi non intensif dans la communauté.		X	
- Consolidation des services de soutien pour la réponse aux besoins de subsistance.		X	
- Consolidation des services hospitaliers psychiatriques ambulatoires.	X		
- Utilisation efficiente des services d'hospitalisation.	X		
- Consolidation des services d'entraide usagers.		X	
- Reconnaissance des familles et des proches comme partenaires privilégiés du réseau intégré de services.		X	
- Reconnaissance des activités significatives et de l'intégration au travail comme facteur primordial de réinsertion sociale.			
Orientation 6 : Réalisation adéquate du processus de réinsertion sociale pour l'ensemble de la clientèle de santé mentale de l'Hôpital St-Julien.			
- L'accessibilité des services ambulatoires et résidentiels requis pour la clientèle présentant des troubles mentaux graves hébergée à l'Hôpital St-Julien.	X		
Orientation 7 : Définition et implantation des services de base pour les personnes souffrant de troubles transitoires ou pour les personnes dont la santé mentale est menacée.			
- Mise en place de la gamme des services de base en santé mentale pour les adultes.		X	
- Implantation ou consolidation des équipes de base en santé mentale dans les CLSC.		X	
- Soutien nécessaire à la famille et aux proches.		X	
Orientation 8 : Mise en place de la stratégie québécoise d'action face au suicide.			
- Le leadership régional pour l'application de la Stratégie.	X		
- Disponibilité de la gamme essentielle de services sur les territoires.	X		
- Le soutien clinique aux intervenants et aux professionnels des territoires.			X
- La formation des intervenants et des professionnels des territoires.		X	
- Réduction de l'accès et diminution des risques associés aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours.			X

Activités à réaliser	Années de réalisation		
	1999 2000	2000 2001	2001 2002
Orientation 9 : L'existence d'un système intégré et efficace de prise en charge de la clientèle présentant des problématiques multiples.			
- Développement de programme spécialisés de traitement intégré de prise en charge de la clientèle double problématique «toxicomanie et santé mentale»		X	
- Développement des liaisons fonctionnelles		X	
- L'intervention conjointe et adaptée après des personnes demeurant dans la communauté et présentant une double problématique de déficience intellectuelle et un trouble de santé mentale.		X	
Orientation 10 : Le soutien des services spécialisés en santé mentale pour les personnes âgées présentant des troubles mentaux.			
- La définition de l'offre de services en santé mentale minimale devant être offerte par les établissements et les organismes dispensant la gamme des services intégrés pour les personnes âgées et la contribution attendue des services spécialisés en matière de soutien, de consultation, de formation et d'intervention.		X	
Orientation 11 : Mise en place ou consolidation de la gamme de services pour la clientèle souffrant de troubles envahissants du développement.			
- Identification d'un établissements qui sera responsable de planifier, actualiser, coordonner et évaluer la gamme complète de services.	X	X	X
- Mise en place de la gamme complète de services.			
- Identification d'un établissement comme portée d'entrée pour la clientèle présentant un retard de développement.	X	X	
- Développement d'une collaboration avec les commissions scolaire.		X	X
- Formation des intervenants.			
Orientation 12 : Reconnaissance de l'importance de l'émergence d'un réseau structuré de ressources non institutionnelles comme milieu de vie substitut ou comme alternative à l'hospitalisation.			
- Développement et consolidation d'une gamme variée de ressources résidentielles.	X		
Orientation 13 : Soutien d'une réorganisation des services médicaux en psychiatrie et implication des médecins de famille en santé mentale.	X		
Orientation 14 : Mise en place d'outils d'évaluation et de programme de recherche permettant d'identifier les besoins de la population et évaluation de l'impact des transformations sur l'état de santé et de bien-être de celle-ci.			
- Développement des indicateurs de mesures adaptés aux nouvelles orientations régionales.	X		
- Développement de stratégies de recherche permettant l'identification des besoins de la population.		X	
- Initiation de projets de recherche clinique permettant de développer la gamme de services requis pour les personnes présentant des troubles mentaux.		X	

La mise en place d'une structure régionale pour le suivi de la mise en œuvre des orientations

Afin d'être appuyer la Régie régionale dans la mise en œuvre des orientations en santé mentale, la Régie régionale constituera, sous la responsabilité du Groupe Santé sociale, une structure responsable de l'actualisation des orientations régionales. Un comité régional de mise en œuvre, sous l'autorité du directeur du Groupe Santé social, sera responsable de la planification régionale et du suivi des 14 orientations sur l'ensemble des territoires. Il sera composé de représentants de différents partenaires. Le comité sera en lien étroit avec le Groupe Ressources réseau pour les aspects reliés au financement, à la mobilité de la main d'œuvre et à son développement. Le comité régional aura le mandat de s'assurer que la mise en œuvre des mesures contenues dans les orientations régionales tiendra compte des particularités et de la spécificité de chacun des territoires.

La mise en œuvre des mesures qui ont été confiés à la Régie régionale

Dans les présentes orientations régionales en santé mentale, plusieurs mesures ont été confiées à la Régie régionale. Celle-ci s'engage à mettre en place ces mesures dans le respect de la planification régionale qui sera faite par le comité régional de mise en œuvre.

Les ressources humaines au cœur de la transformation des services en santé mentale

Aux yeux des gens qui souffrent de problèmes mentaux et de leurs proches, le réseau de services en santé mentale n'est pas un système ou une organisation. Il est avant tout un réseau de femmes et d'hommes qui joignent leurs compétences pour leurs venir en aide et les soutenir sur une base personnelle, soit en intervenant directement auprès d'eux, soit en s'assurant que ceux et celles qui interviennent ont les outils adéquats et les conditions favorables pour le faire.

En définitive, transformer le réseau de services en santé mentale, c'est exhorter les intervenants à se transformer eux-mêmes. Cette transformation sera d'abord un appel à modifier les façons de travailler, les habitudes, les approches, bref, un changement de mentalité. Ce changement est autrement plus complexe et ardu, mais aussi plus profond qu'une révision de l'organisation des services.

Dans la période de transformations qui s'amorce, le maintien et le développement des compétences prennent une place stratégique dans la gestion du changement. Pour appuyer les femmes et les hommes qui sont au cœur de la réussite de la transformation des services en santé mentale, la Régie régionale s'engage à soutenir les établissements et les organismes de son réseau pour qu'ils réalisent une démarche de développement des compétences des ressources humaines, incluant les médecins. Cette démarche invite les gestionnaires et les membres de leurs équipes de travail à :

- S'approprier les orientations régionales en santé mentale.
- S'approprier les répercussions de ces orientations sur l'équipe et l'organisation.
- Identifier les besoins et les stratégies de développement des compétences destinées à soutenir la mise en œuvre de ces orientations.
- Mettre en place rapidement les stratégies de maintien et de développement des compétences pour le personnel touché par la transformation des services en santé mentale.

Enfin, la Régie régionale invite les établissements à entreprendre un exercice de définition des indicateurs de nature quantitative et qualitative qui permettra le suivi des mesures reliées au maintien et au développement des compétences du personnel qui offrent les services en santé mentale.

La planification budgétaire de la transition.

La Régie régionale mettra en place, aussitôt que les orientations régionales seront adoptées, un comité de travail qui sera piloté par le Groupe Ressources réseau. Ce groupe travaillera selon l'approche et les principes suivants :

- L'organisation des soins sera redéfinie de façon détaillée et appliquée à un budget à base zéro.
- Le financement sera établi de façon à ce que les services soient offerts de manière optimale tout en tenant compte de l'équité entre les territoires, des coûts de production de chacun et des coûts de transition associés à cette démarche.
- Dans la réallocation des ressources, on tiendra compte des niveaux de services actuellement existants, ainsi que des particularités des territoires.
- L'impact sur les ressources humaines sera analysé de façon à préserver l'expertise actuelle en santé mentale.
- La structure de financement fera la distinction entre les activités cliniques, techniques et administratives.
- Tout rehaussement de l'enveloppe actuelle sera réalisé à partir d'argent neuf provenant du Ministère et non au détriment des enveloppes des autres programmes-clientèles.

Ce comité sera composé des représentants des organismes et établissements suivants :

- Trois représentants des centres hospitaliers :
  - un directeur général;
  - un directeur financier;
  - un responsable de l'organisation des services.

- Trois représentants des CLSC :
  - un directeur général;
  - un directeur financier;
  - un responsable de l'organisation des services.
- Trois représentants des organismes communautaires.
- Six représentants de la Régie régionale :
  - deux professionnels attachés au dossier santé mentale;
  - deux professionnels du Groupe Ressources réseau;
  - le directeur du Groupe Ressources réseau;
  - le directeur du Groupe Santé sociale.

Un professionnel du Groupe Ressources réseau responsable des ressources humaines externes pilotera en parallèle un sous-comité chargé d'étudier les actions à poser en ce qui concerne la main d'œuvre disponible et celle requise pour appliquer les mesures du plan de transformation.

Les différents intervenants au dossier souhaitent que l'actualisation des mesures découlant des nouvelles orientations se fasse le plus tôt possible. Les travaux du comité devraient donc commencer dès l'adoption des orientations et se réalisera dans un délais de deux à trois mois.

L'obligation de parvenir à des résultats.

La Régie Régionale est déterminée à actualiser le plus rapidement possible les objectifs contenus dans les orientation régionales et, à cet effet, produira une synthèse annuelle sur l'état d'implantation de celles-ci. Elle établira le degré d'atteinte des principaux résultats attendus relativement aux quatorze orientations régionales.

Cette obligation de monitorage s'inscrit dans le cadre d'un suivi systématique de l'actualisation des mesures, d'un suivi des résultats de production et d'un suivi des effets à court et à long terme de l'efficacité des services en santé mentale. Ainsi, la Régie régionale pourra fournir aux organismes et aux établissements du réseau des informations standardisées, fiables et utiles sur les aspects importants de la performance de l'implantation et des impacts des orientations régionales. Ce monitorage permettra de s'assurer d'atteindre les cibles visées, d'organiser la systématisation de la reddition de comptes tant auprès du Ministère qu'auprès de la population et finalement, d'ajuster ou d'améliorer les services aux besoins de la population.

Au cours des prochains mois, les indicateurs seront précisés pour l'ensemble des objets d'évaluation jugés prioritaires. L'implication des partenaires dans l'implantation d'une démarche de monitorage et d'une reddition de comptes structurée est essentielle afin d'assurer la qualité et l'utilisation optimale des informations nécessaires à l'amélioration des actions.

Chapitre 17 : Une implication essentielle des établissements du réseau et des organismes communautaires

Il appartiendra aux établissements du réseau et aux organismes communautaires d'assurer la mise en œuvre des orientations régionales sur chacun des territoires. Avec le soutien de la Régie régionale, ils seront responsables, sur les territoires qu'ils desservent, de la mise en place de chacune des mesures qui leurs sont confiées dans les orientations régionales. Ils devront aussi participer aux groupes de concertation dont leurs territoires se seront dotés.

Une implication basée sur la confiance mutuelle et la coopération.

De nombreux acteurs jouent un rôle déterminant auprès des personnes présentant des troubles mentaux. Dans ce contexte, agir seul serait se condamner à l'échec. Seule la coopération, la confiance mutuelle et l'action planifiée pourront produire des résultats significatifs et durables auprès de la population en besoin de services sur les territoires. Cette nécessaire coopération ne sera possible que si chacun des acteurs apprend à se dégager des limitations engendrées par les structures, les comportements corporatifs et les idéologies pour se rejoindre autour de ce qui est l'essentiel : les besoins des personnes présentant des troubles mentaux.

Un cadre de suivi adapté aux territoires.

L'organisation et la prestation actuelle des services en santé mentale ne sont pas uniforme d'un territoire à l'autre. Il en est de même pour les mécanismes de concertation et la qualité de la coopération entre les partenaires. Un cadre de suivi des orientations régionales qui ne respecterait pas ces disparités serait à plus ou moins long terme voué à l'échec. C'est pourquoi la Régie régionale propose un cadre de suivi adapté à chacun des territoires.

À cet effet, les établissements et les organismes communautaires devront se regrouper, soit par territoire, soit par regroupement de territoires, et proposer à la Régie régionale une structure simple et efficace leur permettant de mettre en place, sur le ou les territoires qu'ils desservent, chacune des mesures qui leurs sont confiées..Par ailleurs, pour assurer la fonction de coordination au niveau territorial, un représentant coopté par l'ensemble des partenaires assumera cette fonction. Ces structures territoriales seront associées à la démarche régionale de suivi de la mise en œuvre des orientations régionales et seront en lien étroit avec le comité régional de mise en œuvre.

CONCLUSION

Les orientations régionales en santé mentale prennent assises sur trois pièces maîtresses venant du Ministère : le *Plan d'action pour la transformation des services de santé* mentale (1998), la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (1998) et finalement *l'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leur proche* (1996).

Le présent document traite non seulement des deux clientèles prioritaires définies par le Ministère, les adultes présentant des troubles mentaux graves ainsi que les enfants et les jeunes, mais aussi de la promotion/prévention, des adultes présentant des troubles transitoires et dont la santé mentale est menacée, des personnes âgées présentant des troubles mentaux, des personnes présentant des problématiques multiples, des personnes présentant des troubles envahissants du développement, des personnes suicidaires, du réseau résidentiel, de l'organisation médicale, de la recherche et évaluation, de la concertation et formation continue et finalement, de la mise en œuvre du projet.

De fait, ce travail colossal, mené par et pour le milieu, aborde l'ensemble des préoccupations en santé mentale de la région. Il vise à redéfinir les rôles des différents organismes en tentant d'éviter le dédoublement de services et en assurant la complémentarité et le continuum. Ce qui caractérise *les orientations régionales en santé mentale*, c'est le respect de l'approche territoriale, une meilleure définition des relations entre les organismes communautaires et les établissements et le rôle reconnu de l'intersectorialité, c'est-à-dire des partenaires en dehors du réseau de la santé.

Un des points majeurs s'avère la grande adhésion de l'ensemble des acteurs aux orientations régionales, aux objectifs et à l'offre de service contenu dans les mesures présentés. Le dossier de la santé mentale a franchi au cours de la dernière année une période intensive de travaux. Les 14 orientations et les 135 mesures définies dans l'ouvrage constituent les éléments de planification nécessaires à la transformation des services en santé mentale.

Le véritable défi sera celui de sa réalisation. Il faudra constituer un comité de mise en œuvre, développer des stratégies financières, former adéquatement les ressources humaines pour réaliser les nouvelles activités, respecter le rythme des différents territoires tout en maintenant le cap sur les échéanciers et susciter la coopération et la collaboration entre les différentes instances. La prochaine étape se veut déterminante pour la réussite de ce beau projet collectif.

Bibliographie

ALLNESS, D.J., KNOEDDER, W.H. (1998), The Pact Model of Community – Based Treatment for persons with severe and persistent mental illnesses : A manual for PACT start-up, U.S.A.

BAYDELL, K., BUTTERILL, D., COCHRANE, J., DURBIN, J., GOERING, P., ROGERS, J., TRANOR, J. (1997), Examen des meilleurs pratiques de la réforme des soins de la santé mentale – Examen de la documentation, Ottawa/Ontario, Les publications Santé Canada.

BLANCHET,L; LAURENDEAU,M.-C.; PAUL, D. ET SAUCIER,J.-F. (1993), La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir, Comité de la santé mentale du Québec.

CARON, C. (1992). Déficience intellectuelle et maladie mentale : double diagnostic, double défi. Bulletin scientifique du Centre hospitalier Robert-Giffard. Volume 4, numéro 1. Avril 1992.

CENTRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE MAURICIE/CENTRE-DU-QUÉBEC ET CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE (SITE STE-THÉRÈSE) (1997). Programme-clientèle spécialisé d'évaluation et d'intervention pour les personnes déficientes intellectuelles présentant des troubles sévères d'ordre comportemental ou psychopathologique. Région 04 Mauricie/Centre-du-Québec.

CHAMPAGNE, R., LADOUCEUR, P., DE RAVINEL, H., STRYCKMAN, J., (1992) La vieillesse : voie d'évitement ou voie d'avenir? Le vieillissement et la santé mentale. Le comité de la santé mentale au Québec, Éditions Gaétan Morin.

CLSC DE L'ESTRIE (1995), Programme régional d'intervention de crise de première ligne, mars.

CLSC GASTON-LESSARD, activités réalisées à l'intérieur d'Urgence-Détresse CLSC pour la consolidation du service dès son implantation en septembre 1995 jusqu'à mars 1998.

CLSC GASTON-LESSARD (1997), Rapport d'évaluation du service d'urgence détresse CLSC 1996-1997, août.

DORWIL, H., GUTTMAN, H.A., RICARD, N., VILLENEUVE, A. (1997), Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec et la santé, ça va? 1992-1993. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol. 1.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1987), Les Publications du Québec, Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la prévention et des services communautaires, La santé mentale dans les centres locaux de services communautaires, perspectives et éléments de réflexion.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1997). Avis sur la double problématique toxicomanie et problème de santé mentale.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1997).. Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1997). RAPPORT DU COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE OFFERTS AUX FEMMES, Écoute-moi quand je parle!

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. RAPPORT DU GROUPE D'EXPERTS SUR LES PERSONNES AÎNÉES (1991) . Vers un nouvel équilibre des âges.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (1999), Rapport sur le suivi intensif en équipe dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.

HÔPITAL RIVIÈRE-DES- PRAIRIES, SANTÉ QUÉBEC (1993), Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes – Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services, Faits saillants.

LE COLLÈGE (1998), Collège des médecins du Québec, Bulletin officiel, Vol. XXXVII, No.4, Janvier.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997), Direction de la planification et de l'évaluation, Orientations pour la transformation des services de santé mentale, Document de consultation, Québec, avril.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale de la planification et de l'évaluation (1996), L'implantation de deux services externes en santé mentale : éléments descriptifs hôpital de jour / centre de jour, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992), La politique de la santé mentale et du bien-être, Québec, Bibliothèque nationale du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996), L'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches, Guide de planification et d'évaluation, Québec, Direction générale de la coordination régionale.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, Québec, Comité de pilotage du plan d'action sur la transformation des services de santé mentale.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989), Politique de santé mentale, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes; Agissons en complices, Comité jeunesse.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), Stratégie québécoise d'action face au suicide, s'entraider pour la vie, Québec.

PRISIC 05 (1995), Programme régional d'intervention en situation de crise de l'Estrie, août.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCAUX GASPÉSIE/ÎLES-DE-LA-MADELEINE (1996), Plan régional d'organisation des services en santé mentale 1997-2002, Vol.1, Cadre de référence et orientations de services.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1994), Cadre de référence pour une campagne de sensibilisation et de promotion en santé mentale.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1996), Enquête sociale et de santé; Rapport régional de l'enquête sociale et de santé 1992-1993.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1997), La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs – Décisions 1996, Trois-Rivières/Québec.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1991), Le plan régional d'organisation des services de santé mentale, Documents 1, 2, 3 et 4.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1993), Le plan régional d'organisation des services de santé mentale : L'essentiel du propos...(version abégée), Trois-Rivières, La Régie, 40 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS, Direction de la Santé publique (1996), Projections définitives de la population, pour l'ensemble du Québec, la région Mauricie Bois-Francs et ses territoires de CLSC, par Yves Pépin, Juillet.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTRÉAL-CENTRE (1997), Le défi de l'accès – Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services – L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal 1998-2001, Montréal/Québec.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (1999). Plan de consolidation 1999-2002.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTRÉAL-CENTRE (1998), Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, juin.

Annexe I – Liste des organismes ayant déposés un avis écrit

Association des hôpitaux du Québec
Association parents et amis personne atteinte de maladie mentale 04-17
Autisme Centre-du-Québec
Autisme-Mauricie
Auto-Psy Mauricie-Normandie
Carrefour santé et services sociaux de la Saint-Maurice
Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
CLSC Suzor-Côté
CLSC-CHSLD de L'Érable
CLSC-CHSLD Les Blés d'Or
Comité aviseur conditions de vie des femmes
Comité des usagers Site Ste-Thérèse (CHCM)
Comité des utilisateurs de services
Commission scolaire des Chênes
Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska
Domrémy
F.I.I.Q.
Groupe d'entraide Facile d'Accès
Groupe d'entraide La Lanterne
Groupe d'entraide l'Entracte
Groupe usagers / ROBSM 04-17
Hôpital Sainte-Croix
Hôtel-Dieu d'Arthabaska
InterVal
La Ruche Aire Ouverte Inc.
L'Auberge Nouvelle Vague
Le Havre
Le Traversier
Les Ateliers du Second Souffle
Les Centres jeunesse Mauricie et Centre-du-Québec
Maison de Transition de la Batiscan

Maison Habit-Action de Drummondville Inc.
Office des personnes handicapées du Québec
Parents-Partenaires
R.O.B.S.M. 04-17
RARA et l'ARIHQ
Regroupement des CLSC
Regroupement des postes d'écoute téléphonique région 04
Regroupement MRC Maskinongé
Réseau d'Aide Le Tremplin Inc.
S.O.S. Ressources
Service Prévention Suicide Trois-Rivières
SPII3R
Syndicat des employés site Ste-Thérèse (CHCM)
Table de concertation des Bois-Francs
Table de concertation des Bois-Francs
U.Q.T.R. / Département de psychologie